

## Hướng dẫn chương trình giảng dạy về An toàn bệnh nhân: Ấn bản đa ngành





---

Hướng dẫn  
Chương  
trình giảng  
dạy về An  
toàn bệnh  
nhân:

Ấn bản đa ngành

Dữ liệu Phân loại ấn phẩm - thư viện của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO)  
Hướng dẫn chương trình giảng dạy về An toàn bệnh nhân của WHO: Ấn bản đa ngành.

1. Chăm sóc bệnh nhân – giáo dục. 2. Chương trình giảng dạy. 3. Năng lực lâm sàng.  
4. Đội ngũ cán bộ y tế - giáo dục. 5. Quản lý an toàn. 6. Hướng dẫn thực hành  
I. Tổ chức Y tế Thế giới. II. An toàn bệnh nhân của WHO.

ISBN 978 92 9061 678 8 (NLM classification: WX 167)

© Tổ chức Y tế thế giới, 2011

Giữ bản quyền. Các ấn phẩm của Tổ chức Y tế thế giới có trên website của WHO ([www.who.int](http://www.who.int)) hoặc có thể đặt mua tại Phòng xuất bản, Tổ chức Y tế thế giới, địa chỉ: 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Việc xin phép để tái bản, hoặc dịch thuật các ấn phẩm của WHO – để bán hoặc phân phối phi lợi nhuận, phải được thông báo với Phòng xuất bản, Tổ chức Y tế thế giới tại địa chỉ trên qua website của WHO ([http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)).

Tên địa lý được lựa chọn và tài liệu sử dụng trong ấn phẩm này không hàm ý thể hiện bất kỳ quan điểm nào của Tổ chức Y tế Thế giới về địa vị pháp lý của bất kỳ quốc gia, vùng lãnh thổ, thành phố, địa giới hay về nhà cầm quyền của những quốc gia, vùng lãnh thổ, thành phố hoặc địa giới đó, hoặc liên quan đến việc phân định ranh giới của những quốc gia/vùng lãnh thổ/thành phố/địa giới đó. Các đường chấm trên bản đồ thể hiện đường ranh giới tương đối có thể chưa được hoàn toàn nhất trí.

Việc nhắc tới những công ty cụ thể hay sản phẩm của những nhà sản xuất nhất định nào đó không có hàm ý rằng Tổ chức Y tế Thế giới chứng thực hay khuyến sử dụng những sản phẩm đó vì chúng tốt hơn những sản phẩm khác cùng loại nhưng không được nhắc đến trong cuốn sách này. Trừ trường hợp do lỗi hoặc bỏ sót, tên của các sản phẩm độc quyền được phân biệt bằng chữ cái đầu viết hoa.

Tổ chức Y tế Thế giới đã áp dụng mọi biện pháp phòng ngừa cần thiết để kiểm chứng thông tin đưa ra trong ấn phẩm này. Tuy nhiên, tài liệu này được xuất bản và phổ biến không kèm theo đảm bảo nào, dù rõ ràng hay ngụ ý. Việc diễn giải và sử dụng tài liệu hoàn toàn thuộc trách nhiệm của độc giả. Trong mọi trường hợp Tổ chức Y tế Thế giới sẽ không chịu trách nhiệm về bất kỳ thiệt hại nào do việc sử dụng ấn phẩm gây ra.

In tại Phi-líp-pin

Thiết kế: CommonSense, Greece

# Mục lục

Các từ viết tắt	5
Lời tựa	8
Giới thiệu	18

## **Phần A: Hướng dẫn cho giáo viên**

1. Đặt vấn đề	22
2. Các chủ đề trong Hướng dẫn chương trình giảng dạy được chọn như thế nào?	25
3. Mục tiêu của tài liệu Hướng dẫn chương trình giảng dạy	34
4. Cấu trúc của tài liệu Hướng dẫn chương trình giảng dạy	36
5. Triển khai tài liệu Hướng dẫn chương trình giảng dạy	37
6. Tích hợp giảng dạy về an toàn bệnh nhân vào chương trình dạy như thế nào	41
7. Những nguyên tắc giáo dục cơ bản cho việc dạy và học về an toàn bệnh nhân	51
8. Hoạt động hỗ trợ hiểu biết về an toàn bệnh nhân	56
9. Đánh giá an toàn bệnh nhân như thế nào	61
10. Đánh giá chương trình giảng dạy về an toàn bệnh nhân như thế nào	69
11. Các công cụ và nguồn tài liệu trực tuyến	74
12. Làm thế nào để củng cố cách tiếp cận quốc tế về giáo dục an toàn bệnh nhân	75

## **Phần B: Các chủ đề trong Hướng dẫn Chương trình giảng dạy**

Định nghĩa các khái niệm chủ chốt	80
Ký hiệu	82
Giới thiệu các chủ đề trong Hướng dẫn Chương trình giảng dạy	83
Chủ đề 1: An toàn bệnh nhân là gì?	92
Chủ đề 2: Vì sao áp dụng yếu tố con người lại quan trọng đối với an toàn bệnh nhân	111
Chủ đề 3: Nhận thức về hệ thống và tác động của tính phức tạp của hệ thống đối với chăm sóc bệnh nhân	121
Chủ đề 4: Làm thành viên tích cực của nhóm	133
Chủ đề 5: Rút kinh nghiệm từ sai sót để phòng ngừa tổn hại	151
Chủ đề 6: Nhận thức và quản lý nguy cơ lâm sàng.	162
Chủ đề 7: Sử dụng các phương pháp nâng cao chất lượng để cải thiện chăm sóc bệnh nhân	176
Chủ đề 8: Thu hút sự tham gia của bệnh nhân và người chăm sóc	192
Giới thiệu Chủ đề 9-11	209
Chủ đề 9: Phòng và kiểm soát nhiễm khuẩn	210
Chủ đề 10: An toàn bệnh nhân và các thủ thuật xâm lấn	227
Chủ đề 11: Cải thiện an toàn thuốc.	241
<b>Phụ lục</b>	
Phụ lục 1: Liên kết với Khung giáo dục an toàn bệnh nhân Australia	260
Phụ lục 2: Ví dụ về phương pháp đánh giá	261
<b>Lời cảm ơn</b>	26

# Các từ viết tắt

AHRQ	Cơ quan Nghiên cứu và Quản lý Chất lượng chăm sóc sức khỏe	PPE	Phương tiện bảo hộ cá nhân
AMR	Kháng kháng sinh	RCA	Phân tích nguyên nhân gốc
APSEF	Khung giáo dục an toàn bệnh nhân Australia	RLS	Hệ thống báo cáo và học hỏi
ARCS	Phẫu thuật ruột kết phục hồi nhanh	RPN	Hệ số ưu tiên rủi ro
CBD	Thảo luận ca bệnh	SBA	Câu hỏi yêu cầu câu trả lời ngắn
CDC	Trung tâm Phòng ngừa và Kiểm soát Dịch bệnh Hoa Kỳ	SSI	Nhiễm trùng vết mổ
CPI	Cải tiến thực hành lâm sàng	TB	Lao
CR-BSI	Nhiễm trùng huyết liên quan đến catheter	UK	Liên Hiệp Vương quốc Anh
CRM	Quản trị nguồn lực phi hành đoàn	USA	Hợp chủng quốc Hoa Kỳ
ECG	Điện tâm đồ	VA	Bộ Cựu chiến binh Hoa Kỳ
EMQ	Câu hỏi trắc nghiệm mở rộng	VRE	Enterococcus kháng Vancomycin
FMEA	Phân tích mô hình sai lỗi và ảnh hưởng		
HCAI	Nhiễm khuẩn bệnh viện		
HBV	Virus viêm gan B		
HIV	Virus gây suy giảm miễn dịch mắc phải		
HRO	Tổ chức đáng tin cậy		
ICU	Khoa hồi sức cấp cứu		
IHI	Viện Cải tiến y tế Hoa Kỳ		
IOM	Viện Y học Mỹ		
IPE	Giáo dục đa ngành		
IV	Tĩnh mạch		
MCQ	Câu hỏi trắc nghiệm		
MEQ	Câu hỏi tiểu luận thay đổi		
Mini-CEX	Bài tập đánh giá lâm sàng mini		
MRI	Chụp cộng hưởng từ		
MRSA	Staphylococcus Aureus kháng Methicillin		
MSF	Phân hồi từ nhiều phía		
NASA	Cơ quan Hàng không vũ trụ Mỹ		
NCPS	Trung tâm quốc gia về an toàn bệnh nhân		
NPSEF	Khung giáo dục an toàn bệnh nhân Quốc gia		
NSAID	Thuốc kháng viêm không steroid		
OR	Phòng mổ		
OSCE	Thi lâm sàng theo cấu trúc khách quan		
OTC	Thuốc không kê đơn		
PBL	Học dựa trên vấn đề		
PDSA	Lập kế hoạch – Thực hiện – Nghiên cứu – Hành		

---

Hướng dẫn  
Chương trình  
giảng dạy về  
An toàn bệnh  
nhân:

Ấn bản đa ngành







## Tổ chức Y tế Thế giới

Hai mươi năm qua công tác chăm sóc sức khỏe đã có nhiều thay đổi lớn. Trong suốt thế kỷ 20 kiến thức của chúng ta về bệnh tật và đổi mới công nghệ đã đóng góp cho việc tăng tuổi thọ con người. Nhưng một trong những thách thức lớn nhất hiện nay không phải là nắm bắt được các quy trình lâm sàng hay những thiết bị công nghệ cao mới nhất, mà thay vào đó là làm thế nào để cung cấp chăm sóc sức khỏe an toàn hơn trong những môi trường phức tạp, đầy áp lực và thay đổi nhanh chóng. Trong những môi trường như vậy, sai sót thường xảy ra. Biến cố bất lợi xảy ra. Không có chú ý, song tổn hại nghiêm trọng vẫn xảy ra với bệnh nhân trong quá trình thực hành lâm sàng thường xuyên, hay là hậu quả của một quyết định lâm sàng.

Nhiều nước trên thế giới đã nhận thức được an toàn của bệnh nhân là vấn đề quan trọng, và đang xây dựng các phương pháp và cách thức để nâng cao chất lượng và sự an toàn của chăm sóc sức khỏe. Những nước đó cũng đã nhận thức được tầm quan trọng của việc giáo dục cho cán bộ y tế các nguyên tắc và khái niệm về an toàn bệnh nhân. Cần thiết phải củng cố những năng lực như vậy để bắt kịp với những phức tạp của hệ thống và đòi hỏi của yêu cầu về lực lượng lao động.

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) hiện đang dẫn đầu một chiến dịch toàn cầu để xây dựng giáo dục an toàn bệnh nhân, các nguyên tắc và cách tiếp cận an toàn bệnh nhân, tiến tới xây dựng một lực lượng lao động y tế được đào tạo để thực hành chăm sóc sức khỏe lấy an toàn người bệnh làm trung tâm ở bất kỳ nơi nào trên thế giới. WHO đã bắt đầu xây dựng hướng dẫn chương trình giảng dạy về an toàn bệnh nhân với quan điểm đa ngành, một phương pháp tiếp cận hệ thống y tế cho tiếp cận toàn cầu. WHO cũng đã tăng cường nỗ lực trong việc hỗ trợ các trường đại học và trường đào tạo cán bộ y tế xây dựng và tích hợp an toàn bệnh nhân vào chương trình giảng dạy hiện hành.

Tổ chức Y tế Thế giới đã làm việc với chính phủ các nước, các trường đại học trên khắp thế giới, các hiệp hội nghề nghiệp quốc tế thuộc ngành nha khoa, y học, hộ sinh, điều dưỡng và dược, cùng các hội sinh viên liên quan đến những ngành nghề đó, để làm cho giáo dục về an toàn bệnh nhân phù hợp với nhu cầu và đòi hỏi của môi trường lực lượng lao động hiện đại. Sự kết hợp giữa tâm huyết, nguồn lực và kiến thức chuyên môn đã đóng vai trò thiết yếu trong việc xây dựng bản Hướng dẫn Chương trình an toàn bệnh nhân đa ngành này. Áp dụng các đề xuất đưa ra trong tài liệu này sẽ mang lại kết quả tức thì và có thể đo lường được về xây dựng kiến thức và kỹ năng cho sinh viên các chuyên ngành y tế, những kiến thức và kỹ năng sẽ giúp họ chuẩn bị tốt hơn cho thực hành an toàn hơn.

**Tiến sĩ Margaret Chan**

Tổng Giám đốc

Tổ chức Y tế Thế giới



---

## Tổ chức Y tế Thế giới

Cam kết đảm bảo an toàn bệnh nhân trên thế giới đã trở nên mạnh mẽ hơn từ cuối thập niên 1990. Điều này bắt nguồn từ hai bản Báo cáo có ảnh hưởng lớn: Nhân vô thập toàn, do Viện Y khoa Mỹ xuất bản năm 1999 và Một tổ chức có trí nhớ, do Cố vấn y tế chính của chính phủ Vương quốc Anh công bố năm 2000. Cả hai Báo cáo đều thừa nhận sai sót là chuyện thường gặp trong quá trình cung ứng chăm sóc sức khỏe và xảy ra đối với khoảng 10% ca nhập viện điều trị. Trong một số trường hợp, tác hại của sai sót rất nghiêm trọng, thậm chí làm chết người.

Từ khi hai bản báo cáo đầy ảnh hưởng đó được công bố, công cuộc tìm kiếm phương cách để cải thiện sự an toàn trong chăm sóc sức khỏe cho bệnh nhân đã trở thành một phong trào toàn cầu. Phong trào đó đã dẫn đến sự thay đổi đáng kể trong cách mọi người nhìn nhận vấn đề an toàn bệnh nhân. Khởi đầu là một chủ đề ít được giới học thuật quan tâm đến, an toàn bệnh nhân ngày nay đã trở thành ưu tiên quan trọng của phần lớn các hệ thống y tế.

Từ khi hai bản báo cáo có ảnh hưởng lớn đó được công bố, công cuộc tìm kiếm phương cách để cải thiện mức độ an toàn trong chăm sóc sức khỏe cho bệnh nhân đã trở thành một phong trào toàn cầu. Phong trào đó đã dẫn đến sự thay đổi đáng kể trong cách mọi người nhìn nhận vấn đề an toàn bệnh nhân. Khởi đầu là một chủ đề ít được giới học thuật quan tâm đến, an toàn bệnh nhân ngày nay đã trở thành ưu tiên quan trọng của phần lớn các hệ thống y tế.

Dù vậy, tình hình an toàn bệnh nhân trên thế giới hiện nay vẫn là một vấn đề gây quan ngại sâu sắc. Vì số liệu về mức độ và tính chất của các sai sót và biến cố bất lợi thu thập được ngày càng rộng rãi, thực tế cho thấy là chăm sóc sức khỏe không an toàn là một đặc điểm của hầu như mọi khía cạnh của hoạt động chăm sóc sức khỏe.

Công tác giáo dục và đào tạo nha sĩ, bác sĩ, hộ sinh viên, điều dưỡng, dược sĩ và các cán bộ y tế khác lâu nay là nền tảng cho chăm sóc sức khỏe an toàn và chất lượng cao. Tuy nhiên công tác này đã không được tận dụng và chưa được đánh giá đúng mức là công cụ quan trọng để giải quyết các thách thức nhằm đạt mục tiêu cải thiện an toàn bệnh nhân. Rõ ràng cần phải có một cách tiếp cận mới để công tác giáo dục và đào tạo thực hiện vai trò đầy đủ cần có trong cải thiện an toàn bệnh nhân.

Trong ba năm vừa qua, Tổ chức Y tế Thế giới đã tìm hiểu mối liên hệ giữa giáo dục và thực hành chăm sóc sức khỏe – giữa việc giáo dục lực lượng lao động y tế và vấn đề an toàn của hệ thống y tế. Kết quả là việc biên soạn tài liệu Hướng dẫn Chương trình giảng dạy đa ngành về An toàn bệnh nhân, trong đó đề cập nhiều ý tưởng và phương pháp giảng dạy và đánh giá an toàn bệnh nhân hiệu quả hơn.

Tài liệu Hướng dẫn Chương trình giảng dạy này của WHO là một chương trình toàn diện cho đào tạo sinh viên về an toàn bệnh nhân một cách hiệu quả. Tài liệu nêu bật những rủi ro chính trong chăm sóc sức khỏe và cách để quản lý những rủi ro đó, chỉ ra cách nhận biết các biến cố bất lợi và nguy cơ, báo cáo và phân tích những biến cố và nguy cơ đó. Tài liệu cũng hướng dẫn cách làm việc theo nhóm và tầm quan trọng của công tác thông tin liên lạc rõ ràng giữa các cấp trong hệ thống chăm sóc sức khỏe, đồng thời nhấn mạnh tầm quan trọng của việc thu hút sự tham gia của bệnh nhân và nhân viên y tế để xây dựng và duy trì văn hóa an toàn bệnh nhân.

Tôi hi vọng tài liệu Hướng dẫn Chương trình giảng dạy này sẽ khích lệ thế hệ cán bộ y tế tương lai bắt đầu công cuộc tìm kiếm suốt đời để cung cấp cho bệnh nhân chăm sóc sức khỏe an toàn nhất và có chất lượng cao nhất mà họ xứng đáng được hưởng.

**Huân tước Liam Donaldson**

Phái viên đặc trách về An toàn bệnh nhân

Tổ chức Y tế Thế giới



## Liên đoàn Nha khoa Quốc tế FDI

Ngày nay ý thức và sự công nhận vấn đề an toàn bệnh nhân là một yếu tố quan trọng trong chăm sóc sức khỏe đang ngày càng trở nên mạnh mẽ. Sự cần thiết phải xem xét kỹ càng các quy trình được áp dụng thành công trong các môi trường ngành nghề khác cũng được nhận thức rõ, trong đó đáng lưu ý là an toàn trong kinh doanh, để tìm hiểu xem các quy trình đó có thể được áp dụng như thế nào trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe. Cùng với xu hướng đó là sự cần thiết cấp bách cho sinh viên của tất cả các lĩnh vực thực hành y khoa phải học và hiểu cách thức quản lý và giải quyết các biến cố bất lợi, đồng thời đảm bảo mức độ an toàn cao cho bệnh nhân.

Hướng dẫn chương trình giảng dạy đa ngành về An toàn bệnh nhân của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) là một tài liệu quan trọng: hướng dẫn này sẽ không chỉ nâng cao nhận thức toàn cầu về sự cần thiết phải giáo dục về an toàn bệnh nhân, mà còn giúp các nhà giáo dục tích hợp các khái niệm về an toàn vào chương trình giảng dạy về chăm sóc sức khỏe hiện hành.

Tài liệu này sẽ góp phần xây dựng kiến thức và kỹ năng nền tảng để sinh viên được chuẩn bị tốt hơn cho thực hành lâm sàng và giúp xây dựng một đội ngũ chuyên gia y tế tương lai được học về an toàn bệnh nhân, có khả năng đáp ứng nhu cầu của các môi trường phức tạp ngày nay.

Trong năm qua, Liên đoàn Nha khoa quốc tế FDI đã cố gắng đánh giá các chiến lược sức khỏe răng miệng toàn cầu của mình, xác định những vấn đề toàn cầu then chốt và các ưu tiên khu vực. Một trong những vấn đề được nêu ra là đảm bảo và nâng cao chất lượng về an toàn bệnh nhân và giao tiếp/thông tin bệnh nhân. Do đó thật phần khởi khi thấy những vấn đề nêu ra đã nhanh chóng được chuyển thành các tài liệu giáo dục khả thi, có thể sử dụng được trên cơ sở các khái niệm xuất phát từ thực tế ngành công nghiệp.

Khái niệm an toàn bệnh nhân với tư cách là thái độ ‘cốt lõi’ cần được giới thiệu ngay khi bắt đầu đào tạo về nha khoa là điều FDI đã ủng hộ từ lâu. Tầm quan trọng mà chương trình giảng dạy này của WHO dành cho việc đào tạo các kỹ thuật thực hành an toàn bệnh nhân cho các nha sĩ tương lai trong mọi mặt công việc của họ hứa hẹn tốt cho nghề nghiệp tương lai của họ và tương lai của ngành nha khoa trên thế giới.

FDI tự hào đã tham gia vào dự án hợp tác này với WHO: đó là một phần quan trọng của quá trình mà chúng ta đã khởi xướng để đưa công tác bảo vệ sức khỏe răng miệng lên một tầm cao mới và hướng tới mục đích giáo dục thường xuyên. Tài liệu này cũng đã tích hợp nha khoa với các chuyên ngành y tế khác một cách hữu ích, nêu bật các nguyên tắc chung chỉ đạo cách tiếp cận vấn đề an toàn bệnh nhân của những chuyên môn đó.

**Tiến sĩ Roberto Vianna**

Chủ tịch

Liên đoàn Nha khoa Quốc tế FDI



## Liên đoàn dược phẩm quốc tế



An toàn bệnh nhân là một vấn đề ưu tiên hàng đầu đối với tất cả các chuyên gia – như dược sĩ chẳng hạn – những người quan tâm đến sức khỏe và hạnh phúc của người dân. Nhiều thế kỷ qua các dược sĩ đã luôn là người bảo hộ/biện pháp bảo vệ chống lại ‘chất độc’, những chất có thể gây hại cho công chúng. Giờ đây, hơn lúc nào hết, dược sĩ được giao trách nhiệm đảm bảo sao cho khi một người bệnh được phát thuốc, thứ thuốc đó sẽ không gây hại cho họ. Sự chuyển đổi trong mô hình thực hành dược phẩm thời gian gần đây từ cách tiếp cận lấy sản phẩm làm trung tâm sang lấy người bệnh làm trung tâm đã thúc đẩy thực hành dược phát triển hơn nữa với trọng tâm là phòng ngừa hay giải quyết các vấn đề thực tiễn và tiềm ẩn của điều trị bằng thuốc, thông qua cung cấp dịch vụ toàn diện cho người bệnh.

Dược sĩ cũng đóng góp cho thực hành hợp tác trong chăm sóc ngoại trú và chăm sóc tại bệnh viện, và đã có bằng chứng mạnh mẽ cho thấy có thể tăng mức độ an toàn bệnh nhân thông qua sự tham gia tích cực của dược sĩ trong các nhóm chăm sóc đa ngành. Tin rằng việc tăng cường nội dung về an toàn bệnh nhân trong chương trình giảng dạy dược sĩ có thể củng cố hơn nữa năng lực của họ để góp phần đảm bảo an toàn bệnh nhân, Liên đoàn dược phẩm quốc tế FIP đã góp phần xây dựng tài liệu này và đón chào công cụ quý giá này.

### **Ông Ton Hoek**

Tổng thư ký

Liên đoàn dược phẩm quốc tế (FIP)



## Liên đoàn nữ Hộ sinh Quốc tế (ICM)

Các thành viên của Liên đoàn nữ Hộ sinh Quốc tế (ICM) đã cống hiến khá nhiều thời gian và kinh nghiệm chuyên môn để hợp tác với Tổ chức Y tế Thế giới và các chuyên ngành y tế khác để biên soạn tài liệu Hướng dẫn chương trình giảng dạy về An toàn bệnh nhân thực sự có tính chất đa ngành, đa lĩnh vực để dạy các nguyên tắc an toàn bệnh nhân cho cán bộ y tế thuộc nhiều chuyên môn khác nhau. Những nghiên cứu tình huống trong tài liệu này sẽ giúp sinh viên không chỉ nhận biết được vai trò của vấn đề an toàn bệnh nhân trong các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác nhau, mà còn nêu bật sự cần thiết phải có hợp tác và thông tin liên lạc liên ngành để tránh sai sót trong chăm sóc sức khỏe. Là Chủ tịch ICM, tôi xin chúc mừng các chuyên gia y tế và tổ chức Y tế Thế giới, những người đã cùng nhau biên soạn Hướng dẫn này. Tôi đặc biệt tự hào về đóng góp của những thành viên Liên đoàn ICM đã làm việc không mệt mỏi và hợp tác để hoàn thành tài liệu Hướng dẫn chương trình giảng dạy đa ngành. Hi vọng Tài liệu Hướng dẫn này sẽ phục vụ cộng đồng y tế quốc tế một cách hiệu quả và đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khỏe của thế giới.

### **Bà Frances Day-Stirk**

Chủ tịch

Liên đoàn nữ Hộ sinh Quốc tế





## Hội đồng điều dưỡng quốc tế



Hội đồng điều dưỡng quốc tế rất hài lòng vì đã góp phần xây dựng tài liệu Hướng dẫn Chương trình giảng dạy về an toàn bệnh nhân: Ấn bản đa ngành của WHO, một tài liệu cung cấp cơ sở chung cho các chuyên gia chăm sóc sức khỏe để giải quyết vấn đề quan trọng này.

Những người làm công tác điều dưỡng trên thế giới đóng vai trò chính trong việc cải thiện an toàn bệnh nhân. Trong khi cá nhân mỗi nhân viên y tế có nghĩa vụ đảm bảo thực hành không gây tổn hại cho bệnh nhân, việc chăm sóc bệnh nhân theo nhóm đang ngày càng trở nên phổ biến. Những nội dung đào tạo trong tài liệu hướng dẫn này sẽ tạo thuận lợi cho làm việc theo nhóm và cung cấp cơ sở kiến thức chung cho phép mỗi ngành có đóng góp linh hoạt của riêng mình. Bên cạnh đó, tài liệu hướng dẫn này cũng nâng cao nhận thức về sự cần thiết phải đưa vấn đề an toàn bệnh nhân vào chương trình giảng dạy cho mọi cán bộ y tế.

### **Tiến sĩ Rosemary Bryant**

Chủ tịch

Hội đồng điều dưỡng quốc tế





## Hiệp hội Y tế Thế giới

An toàn là nền tảng của chất lượng trong chăm sóc sức khỏe và thành công của vấn đề này đòi hỏi cam kết của cá nhân và của nhóm. Các cá nhân và quy trình hiếm khi là nguyên nhân duy nhất dẫn đến sai sót. Thường có nhiều yếu tố riêng biệt kết hợp lại và tạo ra tình huống nguy cơ cao. Để hiểu về nguy cơ trong các quy trình phức tạp của chăm sóc y tế và sức khỏe cần phải có thông tin về sai sót và về những tình huống gọi là cận nguy. Chúng ta có thể rút kinh nghiệm từ những sai sót đó để khắc phục những thiếu sót về an toàn, giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong, và nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe.

Do đó điều cốt yếu là phải có một văn hóa an toàn không cần biện pháp trừng phạt để giải quyết sai sót, với các cơ chế báo cáo giúp ngăn ngừa và khắc phục những trục trặc của hệ thống và sai sót của con người thay vì tìm lỗi của cá nhân hay tổ chức. Văn hóa cần phải xây dựng văn hóa không đổ lỗi này trong phần lớn các cơ sở y tế. Một bước cơ bản trong quá trình đó là giáo dục cho sinh viên các chuyên ngành y tế các khái niệm về an toàn trong chăm sóc sức khỏe, thực hành hợp tác và cách thực hiện trong công việc hàng ngày của họ trong tương lai.

Hoạt động chăm sóc sức khỏe lấy con người làm trung tâm ngày càng trở nên phức tạp và chuyên sâu. Điều đó đòi hỏi phải chú ý nhiều hơn tới hoạt động nhóm hoàn hảo, không mắc sai sót trong chăm sóc sức khỏe. Thực hành hợp tác thực sự đòi hỏi đảm bảo thông tin liên lạc ở mức cao, chuyển giao nhiệm vụ và kết quả chính xác và xác định rõ vai trò và trách nhiệm. Nhận thức thực tiễn về các nguy cơ tiềm tàng trong y học hiện đại dẫn đến sự cần thiết là mọi cán bộ y tế phải có khả năng phối hợp với tất cả các bên liên quan, khả năng áp dụng một cách tiếp cận hệ thống cho vấn đề an toàn và thực hiện nhiệm vụ với trách nhiệm nghề nghiệp. Điều này bao gồm trước hết là đối thoại với bệnh nhân của chúng ta và tôn trọng các nhu cầu, mong muốn, lo ngại và hi vọng của họ.

Hiệp hội Y tế thế giới khuyến khích các chuyên gia y tế công nhận vấn đề an toàn là một trong những thành phần cốt lõi để cải thiện chất lượng trong chăm sóc sức khỏe. Tạo thuận lợi cho việc phát triển hiểu biết chung về những tình huống và thực hành không an toàn và có hành động khắc phục để tránh những rủi ro không cần thiết là chìa khóa dẫn đến thành công.

Tài liệu Hướng dẫn Chương trình giảng dạy của WHO là công cụ giáo dục cho sinh viên của các chuyên ngành y tế khác nhau hiểu khái niệm an toàn bệnh nhân và thực hành hợp tác. Tài liệu này hướng dẫn cho giáo viên cách áp dụng các phương pháp giáo dục hiện đại để giảng dạy về an toàn bệnh nhân.

**Tiến sĩ Wonchat Subhachaturas**

Chủ tịch

Hiệp hội Y tế thế giới





## Hiệp hội sinh viên nha khoa quốc tế Hội đồng điều dưỡng quốc tế – Mạng lưới sinh viên Liên đoàn quốc tế các hiệp hội sinh viên y khoa Liên đoàn sinh viên dược quốc tế



Với tầm quan trọng của cung ứng chăm sóc an toàn trong các cơ sở y tế ngày nay, nhu cầu cho sinh viên được học về các biện pháp phòng ngừa trong chăm sóc sức khỏe ngày càng tăng, và có sự cần thiết cấp bách phải đảm bảo an toàn bệnh nhân. Việc đưa vấn đề an toàn bệnh nhân vào chương trình đào tạo cho sinh viên các chuyên ngành y tế sẽ góp phần xây dựng cơ sở cho những kiến thức và kỹ năng giúp cho sinh viên được chuẩn bị tốt hơn cho thực hành lâm sàng. Làm như vậy sẽ tạo ra một đội ngũ những người làm công tác y tế tương lai được giáo dục về an toàn bệnh nhân và có năng lực đáp ứng yêu cầu của môi trường phức tạp ngày nay.

Hiệp hội sinh viên nha khoa quốc tế (IADS,) Hội đồng điều dưỡng quốc tế – Mạng lưới sinh viên (ICN-SN), Liên đoàn quốc tế các hiệp hội sinh viên y khoa (IFMSA) và Liên đoàn sinh viên dược quốc tế (IPSF) cùng chào đón Hướng dẫn chương trình giảng dạy đa ngành về An toàn bệnh nhân của WHO như một nguồn tài liệu quan trọng, không chỉ để nâng cao nhận thức toàn cầu về nhu cầu giáo dục về an toàn bệnh nhân, mà còn để hỗ trợ các nhà giáo dục nhằm đưa môn học này vào chương trình giảng dạy về chăm sóc sức khỏe hiện tại và chuẩn bị sinh viên cho thực hành an toàn hơn trong môi trường làm việc của họ.

ICN-SN, IADS, IFMSA và IPSF ủng hộ tài liệu Hướng dẫn chương trình giảng dạy về An toàn bệnh nhân: Ấn bản đa ngành của WHO và hoan nghênh nỗ lực của WHO trong việc hỗ trợ các trường đại học và khoa y, dược, nha khoa, điều dưỡng trên khắp thế giới đưa giáo dục an toàn bệnh nhân vào chương trình giảng dạy chăm sóc sức khỏe. Các hiệp hội sinh viên đánh giá cao nỗ lực của WHO trong việc tham khảo ý kiến sinh viên như những đối tác bình đẳng, để đảm bảo các đề xuất và quan điểm của sinh viên được tích hợp vào tài liệu Hướng dẫn chương trình giảng dạy. Các Hiệp hội sinh viên ủng hộ mạnh mẽ ấn bản đa ngành của tài liệu Hướng dẫn chương trình giảng dạy về An toàn bệnh nhân của WHO và chúc mừng WHO đã giúp tất cả các bên liên quan có thể tham gia vào định hướng này.

**Ông Ionut Luchian**  
Chủ tịch  
Hiệp hội sinh viên nha khoa quốc tế

**Ông Chijioke Chikere Kadure**  
Chủ tịch  
Liên đoàn quốc tế các  
hiệp hội sinh viên y khoa

**Ms Yasmin Yehia**  
Chủ tịch  
Hội đồng điều dưỡng quốc tế –  
Mạng lưới sinh viên

**Ông Jan Roder**  
Chủ tịch  
Liên đoàn sinh viên dược quốc tế



## Tiếng nói của bệnh nhân trong giáo dục nghề nghiệp

Được tham gia xây dựng và thí điểm tài liệu Hướng dẫn chương trình giảng dạy về An toàn bệnh nhân cho các trường y, việc Chương trình Bệnh nhân vì an toàn bệnh nhân sẽ tham gia vào việc điều chỉnh tài liệu An toàn bệnh nhân cho sử dụng đa ngành là một bước tiến đương nhiên. Chúng tôi chào đón cơ hội được hợp tác với một chương trình khác của WHO.

Trong thực tế, sự tương tác của chúng tôi với sinh viên của tất cả các chuyên ngành và ở mọi cấp đã củng cố niềm tin mạnh mẽ rằng sinh viên phải được trải nghiệm và tự xây dựng cho mình nhận thức về giá trị của những trải nghiệm của người bệnh như một phần của quá trình đào tạo. Một khi hiểu biết đó được kết hợp với việc củng cố nhận thức về những gì tạo thành thực hành chăm sóc y tế lấy người bệnh làm trung tâm thực sự, họ sẽ luôn luôn kết hợp nhiệt tình, trí tuệ với kỹ năng để mang lại lợi ích cho bệnh nhân và kết quả điều trị.

Việc chính thức đưa quan điểm của bệnh nhân vào giáo dục về chăm sóc sức khỏe là chìa khóa đảm bảo an toàn bệnh nhân, đảm bảo thay đổi văn hóa bền vững và cải thiện chất lượng chăm sóc sức khỏe. Nghiên cứu tiến hành tại trường Đại học British Columbia ở Ca-na-đa nhấn mạnh rằng ‘Sinh viên nhớ những gì họ học được từ bệnh nhân. Tiếng nói thực sự và độc lập của bệnh nhân thúc đẩy học tập về chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm’.

Tài liệu Hướng dẫn chương trình giảng dạy mới của WHO sẽ mang lại những thay đổi được trông đợi lâu nay, và những thay đổi đó sẽ đảm bảo chăm sóc an toàn cho cả bệnh nhân và gia đình họ. Một thực tế hiển nhiên là sinh viên ngày nay sẽ là các chuyên gia y tế trong tương lai – những người sẽ nắm giữ tính mạng của chúng ta trong tay và là những người được bệnh nhân chúng ta rất coi trọng.

### **Bà Margaret Murphy**

Phụ trách đối ngoại

Chương trình Bệnh nhân vì An toàn bệnh nhân



## Đáp ứng nhu cầu của các chuyên gia y tế tương lai

Cùng với nhận thức ngày càng tăng về những tổn hại không cố ý mà chăm sóc y tế gây ra là sự cần thiết phải cho sinh viên học cách cung cấp chăm sóc sức khỏe an toàn hơn. Tuy nhiên công tác đào tạo các chuyên gia chăm sóc sức khỏe vẫn chưa bắt kịp với tốc độ xuất hiện nhanh chóng của các thách thức về y tế khác nhau và với môi trường lực lượng lao động thay đổi. Chỉ có 2% trong tổng chi phí cho y tế toàn thế giới, tức 5,5 tỉ đô-la Mỹ, được dành cho giáo dục đào tạo nghề. Cần phải có giáo dục đào tạo nghề y đổi mới để chuẩn bị cho các chuyên gia chăm sóc sức khỏe cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe lấy người bệnh làm trung tâm. Điều đó đòi hỏi phải có một chương trình giảng dạy dựa trên năng lực, với quan điểm đa ngành, một cách tiếp cận hệ thống, và tiếp cận toàn cầu.

Ấn bản đa ngành của tài liệu Hướng dẫn chương trình giảng dạy về An toàn bệnh nhân của WHO là bản cập nhật của tài liệu Hướng dẫn chương trình giảng dạy cho các trường y khoa, do WHO xuất bản năm 2009. Ấn bản mới này bao trùm các lĩnh vực nha khoa, y khoa, hộ sinh, điều dưỡng, dược, và các nghề nghiệp khác liên quan đến chăm sóc y tế. Chúng tôi hi vọng Hướng dẫn này sẽ thúc đẩy và củng cố vị thế của vấn đề an toàn bệnh nhân trên toàn thế giới và cuối cùng là chuẩn bị cho sinh viên để cung cấp thực hành an toàn.

Là một bản hướng dẫn toàn diện về triển khai thực hiện giảng dạy về an toàn bệnh nhân trong các trường và trường đại học đào tạo về chăm sóc sức khỏe, tài liệu này cung cấp thông tin cho tất cả các cấp giảng viên và đặt cơ sở cho việc xây dựng năng lực về các nguyên tắc và khái niệm cơ bản về an toàn bệnh nhân. Tài liệu Hướng dẫn chương trình giảng dạy là một nguồn thông tin phong phú cho những người ra quyết định ở cấp cao tham gia xây dựng chương trình giảng dạy về chăm sóc y tế.

Được biên soạn dành cho đối tượng toàn cầu với hành văn dễ hiểu, tài liệu Hướng dẫn chương trình giảng dạy gồm hai phần: Phần A: Hướng dẫn cho giáo viên và Phần B: 11 chủ đề về an toàn bệnh nhân. Phần Hướng dẫn giáo viên giới thiệu các khái niệm và nguyên tắc an toàn bệnh nhân và cung cấp những thông tin quan trọng về cách giảng dạy về an toàn bệnh nhân hiệu quả nhất. Phần B gồm 11 chủ đề an toàn bệnh nhân, với mỗi chủ đề được thiết kế để thể hiện nhiều ý tưởng và phương pháp dạy học và đánh giá khác nhau, giúp nhà giáo dục có thể biên soạn tài liệu tùy theo nhu cầu, hoàn cảnh và nguồn lực riêng của họ.

Vì vậy chúng tôi xin giới thiệu với các bạn ấn phẩm này. Còn có gì quan trọng hơn là đào tạo các chuyên gia y tế để họ thành thạo trong công việc chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm? Tài liệu Hướng dẫn chương trình giảng dạy đa ngành giúp xây dựng năng lực để đạt được mục tiêu đó. Chúng tôi trông đợi tài liệu sẽ được sử dụng rộng rãi.

**Giáo sư Bruce Barraclough**

Phụ trách chuyên gia bên ngoài

Hướng dẫn chương trình giảng dạy An toàn bệnh nhân

**Giáo sư Marilyn Walton**

Tác giả chính

Hướng dẫn chương trình giảng dạy An toàn bệnh nhân



# Giới thiệu

Ấn bản Hướng dẫn chương trình giảng dạy đa ngành về An toàn bệnh nhân là một hướng dẫn toàn diện để hỗ trợ một cách hiệu quả việc xây dựng năng lực giảng dạy về an toàn bệnh nhân của các cơ sở đào tạo cán bộ y tế. Do giảng dạy về an toàn bệnh nhân là công việc khá mới mẻ đối với phần lớn các giảng viên y khoa, nên tài liệu Hướng dẫn chương trình giảng dạy đa ngành, trong ấn bản duy nhất này, cung cấp khung chương trình giảng dạy và đưa ra các khái niệm và phương pháp khác nhau cho việc giảng dạy và đánh giá an toàn bệnh nhân.

Cuốn Hướng dẫn chương trình giảng dạy đa ngành hiện hành được thiết kế để có thể được dễ dàng tích hợp vào các chương trình giảng dạy y khoa hiện hành, áp dụng cách tiếp cận linh hoạt để đáp ứng nhu cầu cá nhân; tài liệu này cũng có thể áp dụng trong các nền văn hóa và hoàn cảnh khác nhau. Một mặt tài liệu này cung cấp cho các cơ sở đào tạo cán bộ y tế một đề xuất về khung chương trình và các tài liệu nguồn, mặt khác nó cũng khuyến khích việc điều chỉnh cho phù hợp với yêu cầu và tình hình của địa phương, với nhu cầu học và nguồn lực của sinh viên.

Quá trình xây dựng tài liệu Hướng dẫn chương trình giảng dạy đa ngành bắt đầu từ tháng 1/ 2010, dựa trên cuốn Hướng dẫn chương trình giảng dạy cho các trường y khoa xuất bản năm 2009. Một nhóm công tác chủ chốt gồm các chuyên gia từ nhiều hiệp hội nghề nghiệp quốc tế về nha khoa, y khoa, hộ sinh, điều dưỡng và dược, cũng như từ các khu vực của WHO đã phối hợp làm việc để xem xét lại tài liệu Hướng dẫn chương trình giảng dạy 2009, đánh giá các bằng chứng khoa học hiện có, và viết lại các phần áp dụng cho nha sĩ, hộ sinh viên, điều dưỡng và dược sĩ. Các chuyên gia cũng cung cấp các nghiên cứu tình huống đa ngành để hỗ trợ đào tạo liên ngành và các cuộc thảo luận được thúc đẩy tích cực giữa các chuyên gia và tác giả. Có hơn 50 chuyên gia quốc tế góp phần soạn thảo tài liệu này. Tên của các tác giả, người đóng góp nội dung, chuyên gia và các nhà chuyên môn khác đã tích cực tham gia và tạo thuận lợi cho quá trình làm việc đều được nêu trong Lời Cảm ơn ở cuối tài liệu.

## Các phần trong tài liệu Hướng dẫn chương trình giảng dạy đa ngành

Tài liệu gồm 2 phần: Phần A: Hướng dẫn cho Giáo viên; và Phần B: 11 Chủ đề An toàn bệnh nhân. Để tiện theo dõi, các bảng và biểu đồ được đánh số tương ứng với các mục và phần có bảng và biểu đồ đó.

### Phần A dành cho giảng viên các cơ sở đào tạo cán bộ y tế.

Phần này cung cấp cho các giảng viên kiến thức và công cụ, và giúp họ xây dựng những kỹ năng cần thiết cho việc triển khai giảng dạy về an toàn bệnh nhân tại cơ sở đào tạo của mình. Phần A cung cấp cách tiếp cận có hệ thống cho công tác xây dựng năng lực thể chế. Trong phần này có các thông tin cơ sở về cách thức lựa chọn và giảng dạy mỗi chủ đề trong Chương trình, đưa ra các gợi ý về cách tích hợp giảng dạy về an toàn bệnh nhân, và cung cấp các thủ pháp để tìm hiểu xem môn học này có thể được lồng ghép như thế nào vào chương trình giảng dạy hiện hành của cơ sở đào tạo. Phần A cũng nêu bật các nguyên tắc giáo dục cơ bản của việc dạy và học về an toàn bệnh nhân và đề xuất các cách tiếp cận cho đánh giá người học, cũng như cho việc đánh giá chương trình giảng dạy về an toàn bệnh nhân hiện nay. Tầm quan trọng của sự tham gia của giáo viên như là một thành phần chính yếu duy trì tính bền vững của chương trình luôn được nhấn mạnh xuyên suốt tài liệu hướng dẫn. Đồng thời trong phần A cũng đưa ra các ví dụ rõ ràng về cách thức an toàn bệnh nhân nên được giảng dạy như thế nào.

### Phần B tập trung vào giảng viên và sinh viên các trường đào tạo cán bộ y tế.

Phần này bao gồm 11 chương trình giảng dạy về an toàn bệnh nhân được soạn sẵn, theo chủ đề, có thể sử dụng toàn bộ hay theo từng chủ đề. Các chủ đề đề cập tới nhiều hoàn cảnh/tình huống khác nhau để dạy và học về an toàn bệnh nhân.

11 chủ đề gồm:

Chủ đề 1: An toàn bệnh nhân là gì?

Chủ đề 2: Vì sao áp dụng các yếu tố con người lại quan trọng đối với an toàn bệnh nhân.

Chủ đề 3: Nhận thức về hệ thống và tác động của tính phức tạp của hệ thống đối với chăm sóc bệnh nhân.

Chủ đề 4: Làm thành viên tích cực của nhóm.

Chủ đề 5: Rút kinh nghiệm từ sai sót để phòng ngừa tổn hại.

Chủ đề 6: Nhận thức và quản lý nguy cơ lâm sàng.  
Chủ đề 7: Sử dụng các phương pháp nâng cao chất lượng để cải thiện chăm sóc bệnh nhân.  
Chủ đề 8: Thu hút sự tham gia của bệnh nhân và người chăm sóc.  
Chủ đề 9: Phòng và kiểm soát nhiễm khuẩn.  
Chủ đề 10: An toàn bệnh nhân và các thủ thuật xâm lấn.  
Chủ đề 11: Cải thiện an toàn

Các nhà giáo dục có thể lựa chọn trong những chủ đề trên để đưa vào chương trình giảng dạy hiện có tùy theo đòi hỏi, nhu cầu, nguồn lực và năng lực của cơ sở đào tạo. Trong thực tiễn giảng dạy về an toàn bệnh nhân có thể áp dụng một số phương pháp dạy khác nhau, gồm bài giảng, giảng dạy tại bệnh phòng, học theo nhóm nhỏ, thảo luận ca bệnh, nghiên cứu độc lập, theo dõi bệnh nhân, đóng vai, mô phỏng, và thực hiện dự án cải thiện an toàn bệnh nhân. Mỗi phương pháp có những ích lợi và thách thức riêng, và các nhà giáo dục cần nhớ là có thể đạt được các mục tiêu đào tạo khác nhau bằng những phương pháp dạy khác nhau.

**Phụ lục 1 và 2** nêu ví dụ về nội dung và định dạng của các bài đánh giá/kiểm tra. Giáo viên có thể chọn định dạng theo mục đích đánh giá/kiểm tra và mục tiêu về kết quả học tập.

**Đĩa CD-Rom** đính kèm bên trong bìa sách có chứa bản điện tử của Hướng dẫn chương trình giảng dạy đa ngành, 11 bộ trang hình chiếu cho mỗi chủ đề, cũng như thông tin và công cụ quảng cáo cho tài liệu.



---

# Phần A

## Hướng dẫn cho giáo viên

Hướng dẫn chương  
trình giảng dạy về  
An toàn bệnh nhân:  
Ấn bản đa ngành





# 1. Đặt vấn đề

## Vì sao sinh viên các chuyên ngành y tế lại cần học về an toàn bệnh nhân?

Kết quả chăm sóc y tế đã được cải thiện đáng kể nhờ các phát hiện khoa học của y học hiện đại. Tuy vậy nghiên cứu của nhiều quốc gia cho thấy đi kèm với những lợi ích đó là những rủi ro lớn đối với an toàn bệnh nhân. Chúng ta đã biết rằng bệnh nhân điều trị nội trú có nguy cơ gánh chịu biến cố bất lợi, và bệnh nhân điều trị bằng thuốc đã nguy cơ chịu rủi ro do sai sót trong dùng thuốc và phản ứng phụ của thuốc. Kết quả chính của hiểu biết này là việc xây dựng một chuyên ngành để hỗ trợ các chuyên gia, nhà quản lý, tổ chức y tế và chính phủ các nước (trên thế giới) và người tiêu dùng, những người phải làm quen với các khái niệm và nguyên tắc an toàn bệnh nhân. Mọi người đều bị ảnh hưởng. Nhiệm vụ phía trước của chăm sóc y tế là rất lớn và đòi hỏi tất cả các tổ chức cá nhân tham gia lĩnh vực chăm sóc y tế phải hiểu được mức độ của tác hại đối với bệnh nhân và vì sao ngành y tế phải thay đổi để áp dụng văn hóa an toàn. Giáo dục và giảng dạy về an toàn bệnh nhân chỉ mới bắt đầu được thực hiện ở mọi cấp. Là những người thực hiện và lãnh đạo công tác chăm sóc bệnh nhân trong tương lai, sinh viên các chuyên ngành y tế cần phải tự trang bị và thực hành chăm sóc an toàn. Mặc dù chương trình giảng dạy cho các chuyên ngành y tế khác nhau vẫn thường xuyên thay đổi để thích ứng với những phát hiện mới nhất và kiến thức mới, song kiến thức về an toàn bệnh nhân lại khác, vì nó được áp dụng cho mọi lĩnh vực thực hành và mọi chuyên môn.

Sinh viên các chuyên ngành y tế sẽ cần phải biết các hệ thống có tác động thế nào đối với chất lượng và an toàn của chăm sóc, thông tin liên lạc kém có thể dẫn đến biến cố bất lợi và nhiều hậu quả nghiêm trọng khác như thế nào. Sinh viên cần phải học cách quản lý những thách thức đó. An toàn bệnh nhân không phải là một ngành học riêng biệt truyền thống; mà đúng hơn đó là một môn học được tích hợp vào mọi lĩnh vực của chăm sóc sức khỏe. Mục tiêu của Chương trình An toàn Bệnh nhân của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), và các dự án khác tương tự là triển khai thực hiện an toàn bệnh nhân trên toàn thế giới. An toàn bệnh nhân là trách nhiệm của tất cả mọi người, từ bệnh nhân tới chính trị gia. Vì sinh viên các chuyên ngành y tế sẽ có mặt trong đội ngũ lãnh đạo tương lai của ngành y tế, nên điều quan trọng là họ phải có hiểu biết và kỹ năng tốt khi áp dụng các nguyên tắc và khái niệm an toàn bệnh nhân. Ấn bản Hướng dẫn Chương trình giảng dạy đa ngành về An toàn bệnh nhân này của WHO đặt nền tảng cơ sở cho sinh viên thuộc mọi chuyên ngành y tế, để họ bắt đầu hiểu và thực hành an toàn bệnh nhân trong mọi hoạt

động chuyên môn của mình.

Việc xây dựng kiến thức về an toàn bệnh nhân cho sinh viên cần được thực hiện trong suốt quá trình đào tạo sinh viên các chuyên ngành y tế. Các kỹ năng và hành vi an toàn bệnh nhân cần bắt đầu ngay khi sinh viên bắt đầu làm việc ở bệnh viện hay dịch vụ y tế. Bằng cách làm cho sinh viên tập trung vào từng bệnh nhân, buộc họ phải điều trị cho mỗi bệnh nhân như đối với một con người duy nhất, và áp dụng những kiến thức và kỹ năng của mình một cách thận trọng, bản thân sinh viên có thể sẽ có vai trò làm khuôn mẫu cho những người khác trong hệ thống y tế. Phần lớn sinh viên các chuyên ngành y tế có những khát vọng lớn lao khi họ bước vào ngành nghề mình lựa chọn, song thực tiễn của các hệ thống chăm sóc y tế đôi khi khiến họ chẳng còn lạc quan nữa. Chúng ta muốn sinh viên có thể giữ vững tinh thần lạc quan và tin là họ có thể mang lại thay đổi cho cuộc sống của từng bệnh nhân và thay đổi trong hệ thống y tế.

## Sử dụng Chương trình giảng dạy như thế nào

Chương trình giảng dạy này được thiết kế cho các cơ sở giáo dục các chuyên ngành y tế để triển khai giảng dạy về an toàn bệnh nhân cho sinh viên trước khi họ trở thành các cán bộ y tế có bằng cấp. Các khoa đào tạo có thể giới thiệu tất cả các chủ đề hoặc có thể bắt đầu từ từ bằng cách giới thiệu mỗi lần một hay nhiều chủ đề. Mỗi chủ đề đều có đủ kiến thức cơ sở cần thiết để dạy môn học này, kể cả đề xuất cho kiểm tra đánh giá. Chúng tôi đưa thêm các nghiên cứu tình huống để tạo thuận lợi cho việc học và khuyến khích giáo viên và người hướng dẫn đưa những nghiên cứu đó vào hoạt động dạy học của mình. Chúng tôi cũng cung cấp các ý tưởng khác nhau về cách dạy một chủ đề cụ thể. Nhiều chủ đề sẽ chỉ được giới thiệu có hiệu quả nhất sau khi sinh viên đã có trải nghiệm về môi trường làm việc chuyên môn, vì học hỏi về an toàn bệnh nhân đòi hỏi phải áp dụng cách tiếp cận theo nhóm và quan sát dịch vụ y tế một cách tổng thể, chứ không chỉ trong lĩnh vực công việc mà sinh viên được giao thực hiện. Các chủ đề được thiết kế để giúp sinh viên có thể có trách nhiệm đối với phần lớn việc học của mình bằng cách đọc những tài liệu trực tuyến để có kiến thức cơ sở cần có, tiếp đó là các bài tập có thể thực hiện được bằng cách áp dụng những kiến thức học được vào thực tiễn.

Chúng tôi khuyến khích các khoa đào tạo và các chuyên ngành y tế bổ sung tài liệu chuyên môn và dữ liệu đã được công bố cho các chủ đề liên quan trực tiếp tới chuyên môn của họ. Ví dụ, chúng tôi mong có thêm các bài báo và tập hợp số liệu liên quan được đưa vào giảng dạy cho sinh viên được. Bởi vì đây là một tài liệu Hướng dẫn chương trình giảng dạy đa ngành, nên chúng tôi không thể cung cấp ví dụ cho tất cả các lĩnh vực chuyên ngành y tế, song chúng tôi đã đưa cố gắng đưa vào tài liệu những ví dụ sẵn có và phù hợp nhiều nhất có thể.

### **Hướng dẫn Chương trình giảng dạy là gì?**

Hướng dẫn Chương trình giảng dạy là một chương trình toàn diện để triển khai giảng dạy về an toàn bệnh nhân trong các cơ sở đào tạo về chăm sóc y tế trên thế giới. Tài liệu này gồm 2 phần: Phần A là hướng dẫn dành cho giáo viên, được thiết kế để hỗ trợ giáo viên triển khai thực hiện Hướng dẫn Chương trình giảng dạy. Chúng tôi hiểu rằng an toàn bệnh nhân là một môn học mới và nhiều chuyên gia y tế và giáo viên sẽ chưa quen với nhiều khái niệm và nguyên tắc an toàn bệnh nhân, nên phần này đặt nền móng cho xây dựng năng lực giảng dạy về an toàn bệnh nhân. Phần B cung cấp một chương trình toàn diện về an toàn bệnh nhân được soạn sẵn, theo chủ đề, có thể sử dụng toàn bộ hay theo từng chủ đề.

### **Vì sao lại xây dựng Hướng dẫn Chương trình giảng dạy?**

Từ khi nghiên cứu của trường ĐH Harvard [1] năm 1991 lần đầu tiên mô tả mức độ tác hại đối với bệnh nhân, nhiều nước khác cũng đã ghi nhận những kết quả tương tự, mặc dù có những khác biệt về văn hóa và hệ thống y tế. Sự công nhận rằng chăm sóc y tế thực sự gây tổn hại cho bệnh nhân đã dẫn đến việc tăng cường điều tra kỹ càng công tác chăm sóc bệnh nhân trong một hệ thống y tế ngày càng phức tạp. Tính chất phức tạp này ngày càng tăng do công nghệ y tế và nhu cầu về dịch vụ thay đổi nhanh chóng [2,3]. Điều đó đòi hỏi các bác sĩ, y tá, hộ sinh viên, nha sĩ, dược sĩ và các cán bộ y tế khác phải quản lý được tính chất phức tạp đó trong công việc hàng ngày của họ, cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe dựa vào bằng chứng, và duy trì một môi trường an toàn cho người bệnh. Tuy nhiên, nếu không được giáo dục và đào tạo đến nơi đến chốn về các khái niệm và nguyên tắc an toàn bệnh nhân, họ sẽ rất vất vả mới làm được điều đó.

Giảng dạy về an toàn bệnh nhân cho cán bộ y tế trong lĩnh vực giáo dục đại học và cao đẳng vẫn chưa theo kịp nhu cầu của lực lượng lao động [3-7]. Ví dụ ở nhiều nước các hệ thống báo cáo vụ việc sai sót trong sử dụng thuốc hay tai biến phẫu thuật đã được sử dụng nhiều năm, song báo cáo về chương trình giảng dạy cụ thể liên quan đến các khóa học về sai sót y khoa hay an toàn bệnh nhân được đưa vào chương trình giảng dạy đại học thì mới chỉ bắt đầu được mô tả trong các tài liệu được công bố trong thời gian gần đây [5,8].

Có một số yếu tố đã cản trở việc thực hiện giảng dạy về an toàn bệnh nhân. Trước hết, các giảng viên về y tế chưa nhận thức được việc dạy và học về an toàn bệnh nhân cần phải là một phần thiết yếu của chương trình giảng dạy đại học cho sinh viên các chuyên ngành y tế, và có thể dạy được các kỹ năng an toàn bệnh nhân [9,10]. Nhiều nhà giáo dục còn xa lạ với các tài liệu đã được công bố và chưa biết nên tích hợp việc dạy và học về an toàn bệnh nhân như thế nào vào chương trình giảng dạy hiện có [11,12]. Thứ hai, các nhà giáo dục cần phải cởi mở với những lĩnh vực kiến thức mới [3]. Một trong những khó khăn khi áp dụng chương trình giảng dạy mới là việc miễn cưỡng chấp nhận kiến thức xuất phát từ bên ngoài nghề nghiệp của mình, ví dụ như tư duy hệ thống và các phương pháp cải thiện chất lượng [10]. Có ý kiến cho rằng truyền thống nhấn mạnh vào điều trị hơn là phòng bệnh từ trước đến nay đã tạo ra một văn hóa khiến cho việc thừa nhận một “biến cố không có thực”, tức là một biến cố bất lợi có thể phòng tránh được [3] thật khó khăn. Yếu tố thứ ba liên quan đến thái độ cố hữu về mối quan hệ thầy – trò truyền thống – một mối quan hệ có thể mang tính thứ bậc và ganh đua [9] trong đó giáo viên là một “chuyên gia” phổ biến thông tin tới sinh viên [3,4].

Mục đích của Tài liệu Hướng dẫn Chương trình giảng dạy này là lấp khoảng trống trong giáo dục giảng dạy về an toàn bệnh nhân bằng cách cung cấp một Chương trình giảng dạy toàn diện được thiết kế để xây dựng kiến thức và kỹ năng cơ sở cho tất cả sinh viên các chuyên ngành y tế, hầu có thể giúp họ được chuẩn bị tốt hơn cho thực hành lâm sàng trong nhiều môi trường khác nhau

### Tài liệu tham khảo

1. Brennan TA et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *New England Journal of Medicine*, 1991, 324:370–376.
2. Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in healthcare: a guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.
3. Stevens D. Finding safety in medical education. *Quality & Safety in Health Care*, 2002, 11:109–110.

7. Holmes JH, Balas EA, Boren SA. A guide for developing patient safety curricula for undergraduate medical education. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 2002, 9 (Suppl. 1):S124–S127.
8. Halbach JL, Sullivan LL. Teaching medical students about medical errors and patient safety: evaluation of a required curriculum. *Academic Medicine*, 2005, 80:600–606.
9. Sandars J et al. Educating undergraduate medical students about patient safety : priority areas for curriculum development. *Medical Teacher*, 2007, 29:60–61.
10. Walton MM. Teaching patient safety to clinicians and medical students. *The Clinical Teacher*, 2007, 4:1–8.
11. Walton MM, Elliott SL. Improving safety and quality: how can education help? *Medical Journal of Australia*, 2006, 184 (Suppl. 10):S60-S64.
12. Ladden MD et al. Educating interprofessional learners for quality, safety and systems improvement. *Journal of Interprofessional Care*, 2006, 20:497–505.



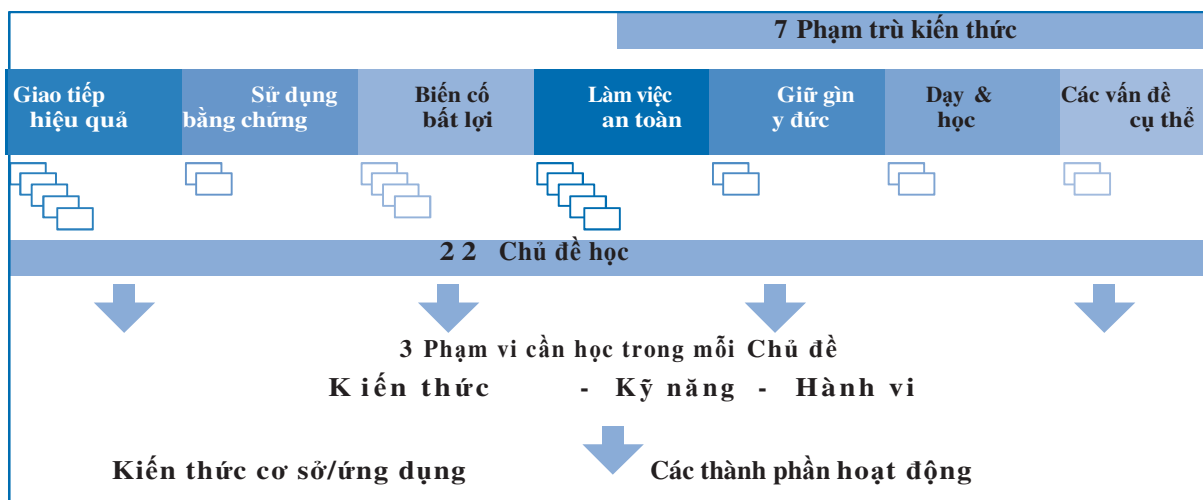
## 2. Các chủ đề trong Hướng dẫn chương trình giảng dạy được lựa chọn như thế nào?

Tài liệu Hướng dẫn Chương trình giảng dạy đề cập đến 11 chủ đề, bao gồm 16 trong tổng số 22 chủ đề học được chọn từ tài liệu Khung giáo dục an toàn bệnh nhân Australia (APSEF) dựa vào bằng chứng. Một chủ đề khác không có trong Khung APSEF cũng được chọn đưa vào tài liệu này để hỗ trợ việc học về kiểm soát nhiễm khuẩn theo mục tiêu của chương trình của WHO nhằm giảm số ca nhiễm khuẩn thông qua các biện pháp phòng ngừa và kiểm soát. Hình A.2.1 minh họa cấu trúc của Khung APSEF. Bảng A.2.1 là danh sách các chủ đề được chọn từ Khung APSEF để đưa vào Hướng dẫn này và các chủ đề dạy học. Bảng A.2.2 đặt các mức yêu cầu học tập, từ yêu cầu dành cho sinh viên mới chưa có kinh nghiệm tới các cán bộ y tế đã có kinh nghiệm công tác.

### Khung giáo dục an toàn bệnh nhân Australia là gì?

APSEF [1] được xây dựng theo cách tiếp cận 4 giai đoạn: nghiên cứu tổng quan lý thuyết; xây dựng các lĩnh vực và chủ đề học; phân loại thành các phạm vi học; và chuyển đổi sang định dạng theo hoạt động. Khung APSEF đã được đưa ra lấy ý kiến góp ý và đánh giá rộng rãi ở Australia và thế giới. Khung APSEF được xuất bản năm 2005 và là một mô hình đơn giản, linh hoạt và dễ tiếp cận, mô tả kiến thức, kỹ năng và hành vi mà mọi cán bộ y tế cần có để đảm bảo chăm sóc người bệnh an toàn. Khung APSEF được chia thành bốn mức kiến thức, kỹ năng và hành vi tùy thuộc vào vị trí công tác và trách nhiệm lâm sàng của mỗi cá nhân trong dịch vụ hoặc tổ chức y tế. Khung APSEF được thiết kế để hỗ trợ các tổ chức và chuyên gia chăm sóc sức khỏe xây dựng các chương trình giảng dạy và đào tạo. Khung APSEF đã được sử dụng để xây dựng Tài liệu Hướng dẫn Chương trình giảng dạy này.

**Hình A.2.1.** Cấu trúc của Khung giáo dục an toàn bệnh nhân Australia



Nguồn: *Khung giáo dục an toàn bệnh nhân Quốc gia*, Liên bang Australia, 2005 [1].

## Các lĩnh vực và chủ đề giảng dạy trong Khung giáo dục An toàn bệnh nhân

Có 7 lĩnh vực kiến thức cần học (phạm trù) và 22 chủ đề học trong Khung APSEF.

Bảng A.2.1 mô tả các chủ đề trong Tài liệu Hướng dẫn Chương trình giảng dạy và mối liên hệ với Khung APSEF.

**Bảng A.2.1. Khung APSEF và chủ đề trong Tài liệu Hướng dẫn Chương trình giảng dạy của WHO**

Chủ đề trong Khung APSEF	Có trong chương trình giảng dạy của WHO	
<b>Thông tin hiệu quả</b>		
Thu hút sự tham gia của người bệnh và người chăm sóc như những đối tác	Có	Chủ đề 8
Nguy cơ thông tin	Có	Chủ đề 6
Trao đổi thành thật với người bệnh sau biến cố bất lợi (tiết lộ công khai)	Có	Chủ đề 8
Lấy cam kết	Có	Chủ đề 8
Có thái độ tôn trọng và hiểu biết một cách có văn hóa	Có	Chủ đề 8
<b>Phát hiện, ngăn chặn và quản lý biến cố bất lợi và cận nguy</b>		
Nhận biết, báo cáo và quản lý biến cố bất lợi và cận nguy	Có	Chủ đề 6 & 7
Quản lý nguy cơ	Có	Chủ đề 6
Nhận thức được sai sót y khoa	Có	Chủ đề 1 & 5
Quản trị khiếu nại	Có	Chủ đề 6 & 8
<b>Sử dụng bằng chứng và thông tin</b>		
Áp dụng thực hành dựa vào bằng chứng tốt nhất hiện có	Có	Bao hàm trong chủ đề 9, 10 & 11 (Dùng hướng dẫn).
Áp dụng công nghệ thông tin để tăng mức độ an toàn	Có	Chủ đề 2
<b>Làm việc an toàn</b>		
Là thành viên trong nhóm và thể hiện khả năng lãnh đạo	Có	Chủ đề 4
Nhận thức về yếu tố con người	Có	Chủ đề 2
Hiểu về các tổ chức phức tạp	Có	Chủ đề 3
Chăm sóc thường xuyên	Có	Chủ đề 1 & 8
Quản lý sự mệt mỏi và áp lực	Có	Chủ đề 2 & 6
<b>Giữ y đức</b>		
Duy trì thể lực tốt để làm việc hoặc thực hành	Có	Chủ đề 6
Hành vi và thực hành có đạo đức	Có	Chủ đề 1 & 6
<b>Thường xuyên học hỏi</b>		
Học hỏi tại nơi làm việc	Có	Được gián tiếp bao hàm trong Chủ đề 4 & 8
Chỉ báo cho đồng nghiệp tại nơi làm việc	Có	Được gián tiếp bao hàm trong Chủ đề 4
<b>Vấn đề cụ thể</b>		
Phòng ngừa sai vị trí, sai quy trình và điều trị sai cho người bệnh	Có	Chủ đề 10
An toàn thuốc	Có	Chủ đề 11
Kiểm soát nhiễm khuẩn (không có trong Khung APSEF)	Có	Chủ đề 9

Ba giai đoạn trong quá trình xây dựng nội dung và cấu trúc của Khung APSEF gồm:

1. Nghiên cứu đánh giá ban đầu về kiến thức và xây dựng đề cương Khung APSEF.



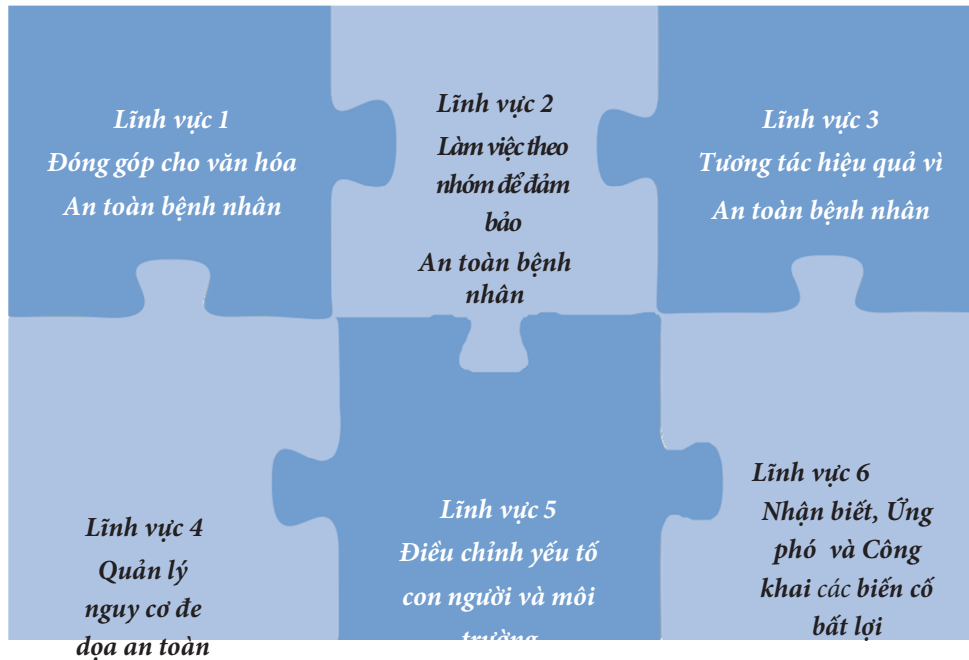
2. tìm thêm nội dung và phân bố kiến thức, kỹ năng, hành vi và thái độ;
3. xây dựng định dạng theo hoạt động.

Từ khi Khung giáo dục An toàn bệnh nhân Australia được xuất bản năm 2005, Ca-na-đa đã công bố tài liệu ‘*Năng lực đảm bảo an toàn*

- *Nâng cao an toàn bệnh nhân trong mọi lĩnh vực chuyên ngành y tế* năm 2009 [2]. Cũng như phương pháp tiếp cận mà Australia đã sử dụng, tài liệu này đưa ra khung an toàn bệnh nhân quốc tế thực tiễn và hữu ích, trong đó xác định kiến thức, kỹ năng và thái độ cần có của mọi cán bộ y tế.

**Hình A.2.2. Khung An toàn bệnh nhân của Ca-na-đa**

**Năng lực đảm bảo an toàn – Nâng cao an toàn bệnh nhân trong mọi lĩnh vực chuyên ngành y tế**



Nguồn: *Năng lực đảm bảo an toàn*, Viện An toàn bệnh nhân Ca-na-đa, 2009 [2].

*Giai đoạn 1– Rà soát kiến thức và việc xây dựng đề cương Khung APSEF của Australia*

Nhóm biên soạn đã tiến hành tất cả những kiến thức hiện có liên quan đến an toàn bệnh nhân (mô tả trong phần sau). Sau đó xem xét đánh giá tất cả các tài liệu được công bố, sách báo, báo cáo, chương trình giảng dạy và websites đã được tập hợp để tìm những hoạt động chính liên quan tới an toàn bệnh nhân có tác động tích cực đối với chất lượng và an toàn. Sau đó những hoạt động này được tập hợp thành các phạm trù gọi là “lĩnh vực kiến thức”. Mỗi lĩnh vực kiến thức lại được phân tích và tiếp tục chia nhỏ thành các lĩnh vực chủ đề chính, gọi là “chủ đề học”. Dưới đây là chi tiết về quá trình nghiên cứu đánh giá các tài liệu đã được công bố và cấu trúc nội dung của Khung Năng lực đảm bảo an toàn.

được nêu rõ trong Khung Năng lực đảm bảo an toàn và được tóm tắt dưới đây.

*Giai đoạn 2– Tìm thêm nội dung và phân bố kiến thức, kỹ năng, hành vi và thái độ;*

Mỗi chủ đề học làm thành cơ sở cho quá trình tìm kiếm rộng hơn, bao gồm các thuật ngữ bổ sung như giáo dục, chương trình, đào tạo, biến cố bất lợi, sai sót, lỗi, và tổ chức/viện/cơ sở y tế/ dịch vụ y tế. Tất cả các hoạt động (kiến thức, kỹ năng, hành vi và thái độ) cho mỗi chủ đề được liệt kê cho tới khi không còn tìm thêm được hoạt động nào nữa và đã cạn hết các nguồn. Tiếp đó danh mục này được sàng lọc để tránh lặp lại, đảm bảo tính thực tiễn và lược bỏ những gì không cần thiết. Tiếp đó các hoạt động được phân thành các lĩnh vực kiến thức, kỹ năng hay hành vi.

Cơ sở để đưa mỗi lĩnh vực kiến thức và chủ đề vào nội

Bước cuối cùng trong giai đoạn này là xác định vị trí của mỗi hoạt động theo cấp độ phù hợp tương ứng với mức trách nhiệm của cán bộ y tế.

**Mức 1** (Cơ sở) xác định kiến thức, kỹ năng, hành vi và thái độ mà mỗi cán bộ y tế cần có.

**Mức 2** được thiết kế cho các cán bộ y tế chịu trách nhiệm trực tiếp cung cấp chăm sóc lâm sàng cho bệnh nhân và làm việc dưới sự giám sát, và cho những cán bộ y tế ở vị trí quản lý, giám sát và/hoặc có trách nhiệm lâm sàng cao hơn.

**Mức 3** là cho cán bộ y tế ở có trách nhiệm quản lý hay giám sát, hoặc thầy thuốc lâm sàng chủ chốt có trách nhiệm lâm sàng cao.

**Mức 4** (thuộc tổ chức) xác định kiến thức, kỹ năng, hành vi và thái độ cần có của các lãnh đạo chuyên môn lâm sàng và hành chính có trách

nhiệm lãnh đạo điều hành. Mức 4 không phải là một phần của quá trình học từng bước để củng cố những gì đã học ở ba mức trước.

Các lĩnh vực kiến thức và chủ đề được Nhóm tham khảo dự án và Ban chỉ đạo xây dựng Khung APSEF thông qua. Việc lấy ý kiến đóng góp rộng rãi trong hệ thống y tế và của cộng đồng tại Australia cũng như quốc tế đã hoàn thiện quy trình xem xét đánh giá và thông qua các lĩnh vực kiến thức, chủ đề và nội dung.

Kết quả của giai đoạn này được thể hiện trong Bảng A.2.2. Ví dụ được lấy từ Chủ đề 8: *Thu hút sự tham gia của bệnh nhân và người chăm sóc*.

**Bảng A.2.2. Ma trận nội dung của Khung APSEF**

	<b>Mức 1 (Cơ sở)</b> <i>Cho cán bộ y tế nhóm 1-4</i>	<b>Mức 2</b> <i>Cho cán bộ y tế nhóm 2 và 3</i>	<b>Mức 3</b> <i>Cho cán bộ y tế nhóm 3</i>	<b>Mức 4 (Tổ chức)</b> <i>Cho lãnh đạo y tế nhóm 4</i>
<b>Mục tiêu học tập</b>	Cung cấp cho bệnh nhân và người chăm sóc thông tin cần thiết khi họ cần	Thông tin tốt và biết về vai trò của thông tin tốt trong các mối quan hệ hiệu quả trong chăm sóc sức khỏe	Ứng dụng tối đa các cơ hội cho nhân viên y tế thu hút sự tham gia của bệnh nhân và người chăm sóc vào hoạt động chăm sóc và điều trị	Xây dựng chiến lược cho nhân viên y tế thu hút sự tham gia của bệnh nhân và người chăm sóc vào hoạt động xây dựng kế hoạch và cung ứng dịch vụ y tế
<b>Kiến thức</b>				
<b>Kỹ năng</b>				
<b>Hành vi và thái độ</b>				

#### *Giai đoạn 3–Xây dựng định dạng theo hoạt động*

Sau khi đã mô tả được kiến thức, kỹ năng và hành vi cho mỗi cấp cán bộ y tế, các hoạt động được chuyển thành một định dạng theo hoạt động, tận dụng lợi thế của tính chất nhiều hợp phần của Khung APSEF. Việc lấy ý kiến góp ý đánh giá được thực hiện rộng rãi nhất trong giai đoạn này của quá trình xây dựng Khung APSEF. Người ta tiến hành phỏng vấn các cán bộ y tế (điều dưỡng, bác sĩ, dược sĩ, nhà vật lý trị liệu, người làm công tác xã hội, nhà trị liệu, nha sĩ và các cán bộ y tế khác) về các khía cạnh của mỗi thành phần hoạt động trong Khung APSEF và toàn bộ tài liệu được phân phát trong toàn ngành y tế Australia để lấy ý kiến phản hồi. Các chuyên gia quốc tế cũng được mời tham gia quá trình xét duyệt này.

#### **Các chủ đề trong Tài liệu Hướng dẫn Chương trình đào tạo của WHO**

1. An toàn bệnh nhân là gì?
2. Vì sao áp dụng các yếu tố con người lại quan trọng đối với an toàn bệnh nhân
3. Nhận thức về hệ thống và tác động của tính phức tạp của hệ thống đối với chăm sóc bệnh nhân
4. Làm thành viên tích cực của nhóm
5. Rút kinh nghiệm từ sai sót để phòng ngừa tổn hại
6. Nhận thức và quản lý nguy cơ lâm sàng
7. Sử dụng các phương pháp nâng cao chất lượng để cải thiện chăm sóc bệnh nhân
8. Thu hút sự tham gia của bệnh nhân và người chăm sóc
9. Phòng và kiểm soát nhiễm khuẩn
10. An toàn bệnh nhân và các thủ thuật xâm lấn
11. Cải thiện an toàn thuốc.

## Lý do chọn từng chủ đề trong Hướng dẫn chương trình giảng dạy

Các chuyên gia y tế tham gia đào tạo sinh viên có thể không lập tức hoan nghênh lý do vì sao một số chủ đề lại được đưa vào Chương trình giảng dạy này. Có thể họ đã đang dạy một chủ đề cụ thể nào đó, song chưa xếp nó vào lĩnh vực an toàn bệnh nhân. Giáo viên cũng có thể phát hiện rằng nhiều trong số các nguyên tắc và khái niệm được đề cập đến trong Chương trình giảng dạy này cũng tương tự như trong các tài liệu đào tạo hiện hành, song được nhấn mạnh ở mức độ khác nhau. Ý nghĩa của mỗi chủ đề đối với quá trình học của sinh viên các chuyên ngành y tế được phân loại như sau.

### Chủ đề 1: An toàn bệnh nhân là gì?

Với một thực tế là cán bộ y tế đang ngày càng bị đòi hỏi phải lồng ghép các nguyên tắc và khái niệm an toàn bệnh nhân vào thực hành hàng ngày của mình, chủ đề này trình bày cơ sở cho an toàn bệnh nhân. Năm 2002, các Quốc gia thành viên của WHO đã nhất trí thông qua một Nghị quyết của Hội đồng Y tế Thế giới về an toàn bệnh nhân, công nhận sự cần thiết phải giảm thiểu tổn hại và đau đớn cho bệnh nhân và gia đình họ, cũng như những bằng chứng thuyết phục về các lợi ích kinh tế có được nhờ cải thiện an toàn bệnh nhân. Nhiều nghiên cứu cho thấy thời gian nằm viện kéo dài, chi phí kiên tụng, nhiễm khuẩn bệnh viện, thiệt hại đối với thu nhập, tàn tật và chi phí mua thuốc khiến một số quốc gia tổn từ 6 đến 29 tỉ đô-la Mỹ mỗi năm [3, 4].

Một số nước đã công bố các nghiên cứu nêu bật những bằng chứng mạnh mẽ cho thấy có nhiều bệnh nhân bị tổn hại vì đi khám, chữa bệnh; họ hoặc bị thương tổn vĩnh viễn, phải nằm viện điều trị lâu hơn (LOS), thậm chí tử vong. Trong thập kỷ vừa qua chúng ta đã biết là các biến cố bất lợi xảy ra không phải vì có người cố ý làm hại người bệnh. Mà đúng hơn là vì những phức tạp của hệ thống y tế ngày nay, nhất là ở các quốc gia phát triển, nơi điều trị thành công và kết quả điều trị cho mỗi bệnh nhân tùy thuộc vào nhiều yếu tố chứ không chỉ vào năng lực của nhân viên y tế. Khi có quá nhiều loại hình nhân viên y tế khác nhau (bác sĩ, điều dưỡng, dược sĩ và nhân viên y tế có liên quan khác) tham gia, rất khó đảm bảo chăm sóc an toàn cho người bệnh trừ phi hệ thống chăm sóc sức khỏe được thiết kế để tạo điều kiện cho thông tin kịp thời, đầy đủ và hiểu biết của mọi cán bộ y tế.

Tương tự như vậy, ở các nước đang phát triển, sự kết hợp của vô số yếu tố không thuận lợi, như đội ngũ nhân viên y tế mỏng, cơ cấu không đầy đủ và quá đông bệnh nhân, thiếu vật tư y tế và thiếu những thiết bị cơ bản, vệ sinh và môi trường kém, tất cả đều có thể do nguồn lực hạn chế, góp phần dẫn đến không đảm bảo an toàn cho chăm sóc bệnh nhân.

## Chủ đề 2: Vì sao áp dụng yếu tố con người lại quan trọng đối với an toàn bệnh nhân

Yếu tố con người là một lĩnh vực chuyên môn của các kỹ sư và các nhà tâm lý nhận thức. Chủ đề này có thể mang lại một số thách thức cho giảng viên cũng như sinh viên ngành y. Chúng tôi đề nghị bạn hãy mời người thích hợp có chuyên môn về yếu tố con người giảng cho sinh viên một buổi về vấn đề này. Bộ môn công trình hay môn nghiên cứu lao động là khoa học về mối quan hệ qua lại giữa con người, công cụ lao động và môi trường mà họ sống và làm việc [4]. Môn ứng dụng yếu tố con người sẽ giúp sinh viên hiểu mọi người làm việc thế nào trong những hoàn cảnh khác nhau, để có thể xây dựng các hệ thống và sản phẩm nhằm tăng cường kết quả hoạt động. Môn học này nghiên cứu các tương tác giữa người với máy móc và giữa con người với con người, như thông tin liên lạc, hoạt động nhóm và văn hóa tổ chức.

Các ngành công nghiệp khác như hàng không, sản xuất và quân đội đã áp dụng thành công kiến thức về yếu tố con người để cải thiện hệ thống và dịch vụ. Sinh viên cần hiểu có thể sử dụng các yếu tố con người như thế nào để giảm thiểu biến cố bất lợi và sai sót bằng cách phát hiện vì sao các hệ thống bị trục trặc và trục trặc như thế nào, và vì sao con người lại hiểu nhầm thông tin và nhầm như thế nào. Áp dụng phương pháp kiểm soát và hạn chế rủi ro dựa trên các yếu tố về con người, tương tác giữa con người và hệ thống hệ thống có thể được cải thiện bằng cách cung cấp những hệ thống và quy trình được thiết kế tốt hơn. Tương tác này thường bao gồm các quy trình đơn giản hóa, các thủ tục tiêu chuẩn hóa, có biện pháp dự phòng khi con người thất bại, cải thiện thông tin liên lạc, thiết kế lại thiết bị và nâng cao nhận thức về những hạn chế về hành vi, tổ chức và công nghệ dẫn đến sai sót.

### Chủ đề 3: Nhận thức về hệ thống và tác động của tính phức tạp của hệ thống đối với chăm sóc bệnh nhân

Sinh viên được giới thiệu về khái niệm rằng một hệ thống y tế không chỉ là một, mà gồm nhiều hệ thống tạo thành các tổ chức, phòng ban, đơn vị, dịch vụ và thực hành. Số lượng khổng lồ các mối quan hệ giữa bệnh nhân, người chăm sóc, y bác sĩ, nhân viên hỗ trợ, cán bộ quản lý, các nhà kinh tế và thành viên cộng đồng, cũng như các mối quan hệ giữa vô số các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và dịch vụ khác, đều góp phần tạo ra sự phức tạp đó. Chủ đề này sử dụng phương pháp tiếp cận hệ thống để cung cấp cho sinh viên kiến thức cơ bản về các tổ chức phức tạp. Kinh nghiệm từ các ngành công nghiệp khác được sử dụng để cho sinh viên thấy lợi ích của phương pháp tiếp cận hệ thống.

Khi sinh viên nghĩ về ‘*hệ thống*’, họ sẽ có khả năng tốt hơn để hiểu vì sao trục trặc xảy ra và do đó sẽ có tình huống để tìm ‘*giải pháp*’. Sinh viên các chuyên ngành y tế cần nhận thức được vì sao, với tư cách là cán bộ y tế, làm việc trong một bệnh viện hay một phòng khám khám nông thôn, họ sẽ phải cố hết sức để điều trị và chăm sóc cho bệnh nhân của mình, song chỉ với nhận thức như vậy không thôi họ sẽ không thể cung cấp dịch vụ chất lượng và an toàn được, bởi vì an toàn của người bệnh cần nhiều người khác nhau làm những việc đúng đắn, và đúng lúc. Nói cách khác, người bệnh phụ thuộc vào cả hệ thống chăm sóc.

#### **Chủ đề 4: Làm thành viên tích cực của nhóm**

Nhận thức của sinh viên về làm việc theo nhóm không chỉ bao gồm việc cảm thấy mình là một phần của nhóm người tạo thành ngành nghề của họ, mà đòi hỏi sinh viên phải biết được ích lợi của các nhóm đa ngành và các nhóm đa ngành có thể cải thiện chất lượng chăm sóc người bệnh và giảm thiểu sai sót hiệu quả như thế nào. Một nhóm làm việc hiệu quả là nơi các thành viên, bao gồm cả bệnh nhân, tương tác với nhau, cũng như kết hợp với các quan sát, kinh nghiệm chuyên môn và trách nhiệm đưa ra quyết định của mình để tăng cường hiệu quả chăm sóc cho bệnh nhân [5].

Nhiệm vụ liên lạc và dòng thông tin giữa cán bộ y tế và người bệnh có thể rất phức tạp do sự phân công trách nhiệm lâm sàng và chuyên môn giữa các thành viên khác nhau của nhóm chăm sóc sức khỏe [6,7]. Điều này có thể dẫn đến việc bệnh nhân bị yêu cầu phải cung cấp lặp đi lặp lại thông tin giống nhau cho nhiều nhân viên y tế khác nhau. Quan trọng hơn nữa, nhằm lẫn thông tin cũng từng liên quan tới những trì hoãn trong chẩn đoán, điều trị và cho xuất viện, cũng như tình trạng không tiếp tục điều trị theo kết quả xét nghiệm [8–12].

Sinh viên cần biết các nhóm chăm sóc sức khỏe làm việc hiệu quả như thế nào, cũng như các kỹ thuật để thu hút người bệnh và gia đình họ trở thành một phần của nhóm. Có một số bằng chứng cho thấy các nhóm đa ngành giúp cải thiện chất lượng dịch vụ và giảm chi phí [13–15]. Hoạt động nhóm hiệu quả cũng được chứng minh là có tác dụng giảm thiểu sai sót và cải thiện chăm sóc cho bệnh nhân, đặc biệt là người bị bệnh mạn tính [16–18]. Chủ đề này cung cấp các kiến thức cơ sở cần có để trở thành một thành viên nhóm tích cực. Tuy nhiên, chỉ có kiến thức thôi sẽ chưa đủ để giúp sinh viên trở thành thành viên tốt trong nhóm. Họ cần phải hiểu văn hóa của nơi làm việc của mình và cách mà văn hóa đó tác động tới động lực và hoạt động của nhóm

#### **Chủ đề 5: Rút kinh nghiệm từ sai sót để phòng ngừa tổn hại**

Hiểu được vì sao nhân viên y tế mắc sai sót là điều cần thiết để nhận ra các hệ thống được thiết kế kém như thế nào và các yếu tố khác góp

phần dẫn đến sai sót trong hệ thống y tế. Mặc dù sai sót là một thực tế của cuộc sống, song hậu quả mà sai sót gây ra đối với cuộc sống của người bệnh và nhân viên y tế có thể rất lớn. Cán bộ y tế và sinh viên các chuyên ngành y tế đều cần hiểu vì sao hệ thống lại trục trặc và trục trặc như thế nào, và vì sao sai sót xảy ra, để có thể hành động ngăn không để mắc lỗi và rút kinh nghiệm từ sai sót. Hiểu biết về sai sót y khoa còn có thể cung cấp cơ sở thực hiện cải tiến và triển khai các hệ thống báo cáo hiệu quả [3]. Sinh viên sẽ biết là cách tiếp cận hệ thống với sai sót, nhằm tìm hiểu tất cả những yếu tố chính có liên quan, sẽ tốt hơn rất nhiều so với cách tiếp cận cá nhân nhằm trách cứ mọi người về mỗi sai sót. Bài báo quan trọng của Lucian Leape năm 1994 chỉ ra cách xem xét sai sót y khoa, tập trung vào rút kinh nghiệm và khắc phục thay vì qui trách nhiệm những người có liên quan [19]. Mặc dù thông điệp của ông có ảnh hưởng lớn đến nhiều thầy thuốc, song nhiều người khác vẫn ủng hộ văn hóa qui trách nhiệm. Điều cơ bản là sinh viên được bắt đầu nghề nghiệp của mình bằng việc hiểu sự khác biệt giữa qui trách nhiệm và các phương pháp tiếp cận hệ thống.

#### **Chủ đề 6: Nhận thức và quản lý nguy cơ lâm sàng**

Quản lý nguy cơ lâm sàng liên quan đến việc duy trì các hệ thống chăm sóc an toàn. Hoạt động này thường bao gồm một số hệ thống tổ chức hoặc quy trình được thiết kế để phát hiện, quản lý và ngăn ngừa kết quả bất lợi. Quản lý nguy cơ lâm sàng chú trọng vào cải thiện chất lượng và độ an toàn của các dịch vụ y tế, bằng cách xác định hoàn cảnh đặt bệnh nhân trước nguy cơ bị tổn hại và hành động để phòng tránh hoặc kiểm soát những nguy cơ đó. Quản lý nguy cơ liên quan tới mọi cấp trong tổ chức, vì vậy điều cơ bản là sinh viên phải hiểu được mục tiêu và tầm quan trọng của các chiến lược quản lý nguy cơ ở nơi làm việc. Quản lý khiếu nại và cải tiến, hiểu biết về các loại hình sự kiện chính trong bệnh viện hoặc phòng khám được biết sẽ dẫn tới biến cố bất lợi, biết cách sử dụng thông tin từ các khiếu nại, báo cáo sự cố, kiện tụng, báo cáo điều tra nguyên nhân từ vong và báo cáo cải tiến chất lượng để kiểm soát nguy cơ [20] là ví dụ về các chiến lược quản lý nguy cơ lâm sàng.

#### **Chủ đề 7: Sử dụng các phương pháp nâng cao chất lượng để cải thiện chăm sóc bệnh nhân**

Trong thập niên vừa qua ngành y tế đã áp dụng thành công nhiều phương pháp nâng cao chất lượng mà các ngành công nghiệp khác sử dụng. Những biện pháp đó cung cấp cho cán bộ y tế các công cụ để: (i) phát hiện vấn đề; (ii) lượng giá vấn đề; (iii) xây dựng một loạt can thiệp được thiết kế để giải quyết vấn đề; và (iv) kiểm tra xem các can thiệp đó có hiệu quả không. Các lãnh đạo ngành y tế, như Tom Nolan, Brent James, Don Berwick và những người khác đã áp dụng các nguyên tắc cải thiện chất lượng để phát triển



phương pháp nâng cao chất lượng cho thầy thuốc và nhà quản lý y tế. Việc xác định và kiểm tra mỗi bước trong quy trình cung ứng chăm sóc y tế là nền tảng của phương pháp này. Khi sinh viên nghiên cứu mỗi bước trong quy trình chăm sóc bệnh nhân, họ sẽ bắt đầu hiểu các khâu của quy trình chăm sóc được liên kết và có thể phân chia như thế nào. Việc đánh giá có ý nghĩa quyết định đối với nâng cao mức độ an toàn. Chủ đề này giới thiệu với sinh viên các nguyên tắc của lý thuyết cải thiện và công cụ, hoạt động và kỹ thuật có thể tích hợp vào thực hành của họ.

#### **Chủ đề 8: Thu hút sự tham gia của bệnh nhân và người chăm sóc**

Sinh viên được giới thiệu về khái niệm rằng nhóm chăm sóc bao gồm cả bệnh nhân và/hoặc người chăm sóc họ, và rằng bệnh nhân và người chăm sóc có vai trò chủ chốt trong việc đảm bảo chăm sóc an toàn bằng cách: (i) giúp thực hiện chẩn đoán; (ii) quyết định cách điều trị phù hợp; (iii) lựa chọn thầy thuốc có kinh nghiệm và an toàn; (iv) đảm bảo việc điều trị được thực hiện phù hợp; và (v) phát hiện biến cố bất lợi và có hành động phù hợp [21, 22]. Hệ thống y tế không tận dụng kiến thức chuyên môn mà bệnh nhân có thể mang lại, như hiểu biết của họ về các triệu chứng của mình, về sự đau đớn, lựa chọn và thái độ của họ đối với nguy cơ. Bệnh nhân là cặp mắt thứ hai giúp cán bộ y tế nếu có điều gì bất thường xảy ra. Họ có thể báo cho điều dưỡng, bác sĩ, dược sĩ hoặc các nhân viên y tế khác lưu ý nếu các loại thuốc mà họ sắp được nhận không phải loại họ thường dùng, và nhắc nhở đó giống như một cảnh báo cho nhóm chăm sóc biết là cần phải kiểm tra lại.

Nghiên cứu cho thấy sẽ có ít sai sót hơn và kết quả điều trị sẽ tốt hơn nếu có sự giao tiếp giữa bệnh nhân và thầy thuốc chăm sóc cho họ, và khi bệnh nhân được thông tin đầy đủ và được giáo dục về các loại thuốc họ sử dụng [23–30]. Vấn đề thông tin kém giữa cán bộ y tế, bệnh nhân và người chăm cũng nổi lên như một nguyên nhân phổ biến khiến bệnh nhân khiếu kiện thầy thuốc/cơ sở y tế [31, 32].

#### **Chủ đề 9: Phòng và kiểm soát nhiễm khuẩn**

Vì phòng và kiểm soát nhiễm khuẩn là một vấn đề của toàn thế giới và nhờ các nỗ lực của WHO nhằm giảm thiểu tình trạng nhiễm khuẩn bệnh viện, việc phải tích hợp lĩnh vực này trong

Tài liệu Hướng dẫn Chương trình giảng dạy được coi là vấn đề quan trọng, không chỉ để đảm bảo tính nhất quán, mà còn vì kiểm soát nhiễm khuẩn, cùng với chăm sóc sau phẫu thuật và dùng thuốc là nguyên nhân của một tỷ lệ đáng kể biến cố bất lợi mà bệnh nhân phải gánh chịu. Vấn đề kiểm soát nhiễm khuẩn trong cơ sở y tế giờ đây đã có chỗ đứng chính thức, vì nhiễm khuẩn bệnh viện hiện là một nguyên nhân chính dẫn đến tử vong và tàn tật trên thế giới. Hiện đã có nhiều hướng dẫn để giúp bác sĩ, điều dưỡng,

nha sĩ và các nhân viên y tế khác giảm thiểu nguy cơ lây nhiễm chéo. Ai cũng biết là bệnh nhân được phẫu thuật hoặc thủ thuật xâm lấn đặc biệt dễ bị nhiễm khuẩn và chiếm khoảng 40% trong tổng số trường hợp nhiễm khuẩn bệnh viện.

Chủ đề này nêu những nguyên nhân và loại nhiễm trùng chính, để giúp sinh viên các chuyên ngành y tế xác định được những hoạt động gây nguy cơ nhiễm khuẩn cho người bệnh và giúp họ chuẩn bị để có hành động phù hợp nhằm phòng chống lây nhiễm.

#### **Chủ đề 10: An toàn bệnh nhân và thủ thuật xâm lấn**

Bằng cách nhận biết tổn hại không thể chấp nhận được do phẫu thuật gây ra cho người bệnh, WHO đã vận động thành công cho mục tiêu giảm thiểu biến cố bất lợi trong phẫu thuật. Một trong những nguyên nhân chính dẫn đến sai sót liên quan đến phẫu thuật nhằm bệnh nhân, sai vị trí và sai quy trình là thầy thuốc không giao tiếp thành công (quy trình và kiểm tra không đầy đủ) trong thủ tục chăm sóc trước phẫu thuật. Một số ví dụ về phẫu thuật sai vị trí/ sai quy trình/nhầm bệnh nhân gồm: (i) đưa nhầm bệnh nhân khác vào phòng mổ (OR); (ii) phẫu thuật sai vị trí hoặc nhầm bên; (iii) thực hành sai quy trình; (iv) không thông tin về thay đổi trong tình trạng của bệnh nhân; (v) bất đồng ý kiến về việc dừng quy trình; và (vi) không báo cáo sai sót.

Giảm thiểu sai sót do xác định sai liên quan đến việc xây dựng hướng dẫn thực hành tốt nhất để đảm bảo chữa đúng người đúng bệnh [7, 33]. Sinh viên có thể học để hiểu giá trị của việc tất cả bệnh nhân đều được điều trị đúng vị trí/theo đúng quy trình/hướng dẫn và qui định cho bệnh nhân. Kiến thức đó cũng cần bao gồm những lợi ích của việc sử dụng bảng kiểm hoặc qui định, cũng như kiến thức về những nguyên tắc cơ bản hỗ trợ một cách tiếp cận thống nhất cho việc điều trị và chăm sóc bệnh nhân.

Kết quả của một nghiên cứu về các bác sĩ phẫu thuật tay cho thấy có 21% bác sĩ được khảo sát (n=1050) cho biết họ phẫu thuật sai vị trí ít nhất một lần trong sự nghiệp của mình [34].

#### **Chủ đề 11: Cải thiện an toàn thuốc**

Tác dụng phụ của thuốc đã được WHO [35] định nghĩa là bất kỳ phản ứng có hại, không mong muốn với một loại thuốc, xảy ra khi dùng theo liều để phòng bệnh, chẩn đoán hay điều trị. Bệnh nhân dễ bị tổn thương với lỗi mắc phải ở một trong nhiều khâu liên quan đến đặt hàng, phân phối và quản lý thuốc.

Sai sót trong dùng thuốc đã được nhấn mạnh trong nhiều nghiên cứu tiến hành ở nhiều nước. Theo những nghiên cứu này, khoảng 1% bệnh nhân nhập viện phải chịu biến

cổ bắt lợi liên quan đến dùng thuốc [36]. Nguyên nhân của sai sót trong dùng thuốc có nhiều yếu tố, bao gồm: (i) thiếu hiểu biết về bệnh nhân và tình trạng lâm sàng của họ; (ii) thiếu kiến thức về thuốc; (iii) sai sót trong tính toán; (iv) chữ viết khó đọc trong đơn thuốc; (v) nhầm lẫn tên thuốc; và (vi) hỏi không đầy đủ về tiền sử sức khỏe [37].

#### Tài liệu tham khảo

- Walton MM et al. Developing a national patient safety education framework for Australia. *Quality & Safety in Health Care*, 2006, 15:437–442.
- The Safety Competencies, First Edition* (revised August 2009). Toronto, Canadian Patient safety Institute, 2009  
(<http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/education/safetyCompetencies/Documents/Safety%20Competencies.pdf>; accessed 11 March 2011).
- Chief Medical Officer. *An organisation with a memory. Report of an expert group on learning from adverse events in the National Health Service*. London, Department of Health, 1999.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.
- Greiner AC, Knebel E, eds. *Health professions education: a bridge to quality*. Washington, DC, National Academy Press, 2003.
- Gerteis M et al. *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient centred care*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1993.
- Chassin MR, Becher EC. The wrong patient. *Annals of Internal Medicine*, 2002, 136:826–833.
- Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RM. Junior doctors making errors. *Lancet*, 1998, 351:804–805.
- Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RM. *Young doctors: work, health and welfare. A class cohort 1986–1996*. London, Department of Health Research and Development Initiative on Mental Health of the National Health Service Workforce, 1998.
- Anderson ID et al. Retrospective study of 1000 deaths from injury in England and Wales. *British Medical Journal*, 1988, 296:1305–1308.
- Sakr M et al. Care of minor injuries by emergency nurse practitioners or junior doctors: a randomised controlled trial. *Lancet*, 1999, 354:1321–1326.
- Guly HR. Diagnostic errors in an accident and emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 2001, 18:263–279.
- Baldwin D. Some historical notes on interdisciplinary and interpersonal education and practice in health care in the US. *Journal of Interprofessional Care*, 1996, 10:173–187.
- Burl JB et al. Geriatric nurse practitioners in long term care: demonstration of effectiveness in managed care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1998, 46(4):506–510.
- Wagner EH et al. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 2001, 27:63–80.
- Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *British Medical Journal*, 2000, 320:569–572.
- Silver MP, Antonow JA. Reducing medication errors in hospitals: a peer review organisation collaboration. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 2000, 26:332–340.
- Weeks WB et al. Using an improvement model to reduce adverse drug events in VA facilities. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 2001, 27:243–254.
- Leape LL. Error in medicine. *Journal of the American Medical Association*, 1994, 272:1851–1857.
- Walshe K. The development of clinical risk management. In: Vincent C, ed. *Clinical risk management: enhancing patient safety*, 2nd ed. London, British Medical Journal Books, 2001:45–61.
- Vincent C, Coulter A. Patient safety: what about the patient? *Quality & Safety in Health Care*, 2002, 11:76–80.
- National Patient Safety Agency. *Seven steps to patient safety: your guide to safer patient care*. London, NPSA, 2003  
(<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collectio ns/seven-steps-to-patient-safety/>; accessed 16 February 2011).
- Coiera EW, Tombs V. Communication behaviors in a hospital setting: an observational study. *British Medical Journal*, 1998, 316:673–676.
- Clinical Systems Group, Centre for Health Information Management Research. *Improving clinical communications*. Sheffield, University of Sheffield, 1998.
- Lingard L et al. I. Team communications in the operating room: talk patterns, sites of tension and implications for novices. *Academic Medicine*, 2002, 77:232–237.

26. Gosbee J. Communication among health professionals. *British Medical Journal*, 1998, 317:316–642.
27. Parker J, Coeiro E. Improving clinical communication: a view from psychology. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 2000, 7:453–461.
28. Smith AJ, Preston D. Communications between professional groups in a National Health Service Trust hospital. *Journal of Management in Medicine*, 1999, 10:31–39.
29. Britten N et al. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *British Medical Journal*, 2000, 320:484–488.
30. Greenfield S, Kaplan SH, Ware JE Jr. Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcomes. *Annals of Internal Medicine*, 1985, 102:520–528.
31. Lefevre FV, Wayers TM, Budetti PP. A survey of physician training programs in risk management and communication skills for malpractice prevention. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 2000, 28:258-266.
32. Levinson W et al. Physician–patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *Journal of the American Medical Journal*, 1997, 277:553–559.
33. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (JCAHO). *Guidelines for implementing the universal protocol for preventing wrong site, wrong procedure and wrong person surgery*. Chicago, JCAHO, 2003.
34. Meinberg EG, Stern PJ. Incidence of wrong site surgery among hand surgeons. *Journal of Bone & Joint Surgery*, 2003;85:193–197.
35. The World Health Organisation. International drug monitoring—the role of the hospital. A WHO Report. *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy*, 1970, 4:101–110.
36. Runciman WB et al. Adverse drug events and medication errors in Australia. *International Journal for Quality in Health Care*, 2003, 15 (Suppl. 1):S49–S59.
37. Smith J. *Building a safer NHS for patients: improving medication safety*. London, Department of Health, 2004.



# 3. Mục tiêu của tài liệu

## Hướng dẫn Chương trình giảng dạy

Tốc độ áp dụng công nghệ mới, trong đó có được phẩm, trong điều trị chăm sóc y tế thể hiện rõ sự thay đổi thường xuyên của lĩnh vực y tế và những thay đổi đó, đến lượt nó, lại làm thay đổi tính chất của công việc hay nhiệm vụ mà các cán bộ y tế khác nhau thực hiện. Ở một số nước, điều dưỡng viên kê đơn thuốc và nhân viên không thuộc chuyên ngành y thực hiện các thủ thuật đơn giản. Bất kể quốc gia giàu hay nghèo, các nguyên tắc và khái niệm an toàn bệnh nhân vẫn được áp dụng bởi mọi loại hình nhân viên y tế, mọi cơ sở cung cấp chăm sóc sức khỏe và cho mọi bệnh nhân. Một vài nước đang phát triển có thể chưa có đủ nguồn lực cho y tế, và trong khi tình trạng thiếu hụt nhân viên y tế có thể làm cho môi trường y tế dễ bị ảnh hưởng bởi chất lượng kém và chăm sóc không an toàn, song điều đó không có nghĩa là các cán bộ y tế không thể đảm bảo chăm sóc an toàn hơn cho người bệnh. Mặc dù nguồn lực và đội ngũ có ý nghĩa rất quan trọng, nhưng đó không phải là giải pháp chính để giảm thiểu tổn hại cho bệnh nhân. Tài liệu Hướng dẫn Chương trình giảng dạy này phù hợp cho tất cả sinh viên các chuyên ngành y tế, cho dù nguồn lực ở sở y tế mà họ công tác có đầy đủ hay không. Song hoàn cảnh môi trường mà một sinh viên y tế sẽ được phân công làm việc sau khi tốt nghiệp là rất quan trọng đối với việc đào tạo họ. Cần phải tính đến hoàn cảnh điều kiện công tác để đảm bảo tính xác thực của kinh nghiệm học tập và chuẩn bị cho sinh viên gia nhập môi trường làm việc tương lai của họ.

Mục tiêu của Tài liệu Hướng dẫn Chương trình giảng dạy là:

- chuẩn bị cho sinh viên các chuyên ngành y tế để thực hành an toàn tại nơi làm việc;
- cung cấp thông tin về những chủ đề chính trong lĩnh vực an toàn bệnh nhân cho các cơ sở đào tạo về chăm sóc sức khỏe;
- củng cố an toàn bệnh nhân như một chủ đề xuyên suốt trong chương trình giảng dạy cán bộ y tế;
- cung cấp một chương trình giảng dạy toàn diện để hỗ trợ giảng dạy và lồng ghép giảng dạy về an toàn bệnh nhân;
- tăng cường xây dựng năng lực cho các giảng viên về an toàn bệnh nhân trong đào tạo nhân viên y tế;
- thúc đẩy một môi trường an toàn và khích lệ đào tạo sinh viên về an toàn bệnh nhân;
- giới thiệu hoặc tăng cường giáo dục về an toàn bệnh

nhân ở mọi cơ sở đào tạo về chăm sóc sức khỏe trên thế giới;

- cải thiện tình hình dạy và học về an toàn bệnh nhân trên thế giới;
- tăng cường hợp tác quốc tế về nghiên cứu giáo dục an toàn bệnh nhân ở bậc giáo dục đại học và cao đẳng.

### Những nguyên tắc cơ bản

#### Xây dựng năng lực là thành phần không thể thiếu để thay đổi chương trình giảng dạy

Lý do chính để WHO thực hiện dự án này là nhằm hỗ trợ xây dựng giáo dục về an toàn bệnh nhân trong chăm sóc sức khỏe. Yêu cầu của công tác giáo dục đào tạo nhân viên y tế phải xây dựng và lồng ghép giảng dạy về an toàn bệnh nhân vào chương trình dạy của các chuyên ngành y tế khác nhau là một thách thức đối với nhiều cơ sở đào tạo, vì trình độ giáo dục và đào tạo về nguyên tắc và khái niệm an toàn bệnh nhân của đội ngũ giảng viên còn hạn chế. Không thể trông đợi giảng viên các chuyên ngành y tế tự xây dựng chương trình giảng dạy mới hoặc đánh giá chương trình hiện có nếu họ còn lúng túng với các yêu cầu của môn học về an toàn bệnh nhân. Các giảng viên có kinh nghiệm chuyên môn khác nhau (bác sĩ lâm sàng, giảng viên lâm sàng, giảng viên phi lâm sàng, cán bộ quản lý, chuyên gia y tế) và tập hợp kiến thức của họ là cần thiết để cung cấp một chương trình giảng dạy nghiêm ngặt cho bất kỳ chuyên ngành học cụ thể nào. Nhiều giảng viên là chuyên gia về những ngành học cụ thể của họ và thường luôn cập nhật kiến thức bằng cách sử dụng những cách thức chuyên môn được công nhận cho lĩnh vực của mình. Kiến thức về an toàn bệnh nhân đòi hỏi những hiểu biết bổ sung nằm ngoài những lối mòn truyền thống đó. Để là một giảng viên giỏi về an toàn bệnh nhân, chuyên gia y tế cần được cung cấp kiến thức, công cụ và kỹ năng cần thiết để thực hiện giảng dạy về an toàn bệnh nhân ở cơ sở đào tạo của mình. Vì vậy Hướng dẫn cho giảng viên (Phần A) đã được xây dựng kèm theo Tài liệu Hướng dẫn Chương trình giảng dạy. Phần này cung cấp lời khuyên thiết thực và thông tin cho mỗi giai đoạn xây dựng và đổi mới chương trình, từ đánh giá năng lực, phát triển đội ngũ giảng viên, tới thiết kế và triển khai chương trình.

### **Một chương trình linh hoạt để đáp ứng mọi nhu cầu riêng lẻ**

Chúng tôi biết rằng chương trình giảng dạy của đa số các chương trình đào tạo cán bộ y tế đã quá tải so với năng lực. Vì vậy chúng tôi đã thiết kế mỗi chủ đề thành một mục riêng biệt, để cho phép áp dụng linh hoạt trong triển khai giảng dạy về an toàn bệnh nhân. Các chủ đề cũng được thiết kế theo cách để có thể tích hợp vào chương trình giảng dạy hiện có, nhất là theo hướng bác sĩ – bệnh nhân. Mỗi chủ đề trong Tài liệu Hướng dẫn Chương trình giảng dạy đều được thiết kế với nội dung vừa đủ cho các buổi dạy 60–90 phút và trình bày nhiều ý tưởng và phương pháp cho việc giảng dạy và đánh giá để các giảng viên có thể chuẩn bị học liệu phù hợp với nhu cầu, hoàn cảnh riêng của mình và nguồn lực hiện có. Không có yêu cầu bắt buộc phải bám theo đề cương soạn sẵn. Giáo viên cần lưu ý tới điều kiện hoàn cảnh, văn hóa địa phương, và kinh nghiệm học tập của sinh viên để lựa chọn phương pháp truyền thụ phù hợp nhất cho nội dung giảng dạy.

### **Ngôn ngữ dễ hiểu dành cho đối tượng toàn cầu**

Hướng dẫn cho giáo viên (Phần A) trong Tài liệu hướng dẫn chương trình giảng dạy này được viết cho các nhà giáo dục (những người có năng lực giới thiệu hoặc củng cố việc giảng dạy và học tập về an toàn bệnh nhân ở các mức độ khác nhau), còn Tài liệu Hướng dẫn Chương trình giảng dạy (Phần B: Chủ đề) được viết cho giáo viên và sinh viên. Tài liệu Hướng dẫn Chương trình giảng dạy được viết với mục đích dành cho mọi đối tượng trên toàn cầu với ngôn ngữ dễ hiểu cho những độc giả sử dụng tiếng Anh như tiếng mẹ đẻ và ngoại ngữ.

### **Một tài liệu Hướng dẫn Chương trình giảng dạy cho mọi quốc gia, mọi nền văn hóa và mọi điều kiện hoàn cảnh**

Mọi nỗ lực đã được thực hiện để đảm bảo nội dung của Chương trình giảng dạy này đề cập tới nhiều hoàn cảnh điều kiện giảng dạy và học tập khác nhau của giáo viên và sinh viên. Một nhóm chuyên gia đại diện cho tất cả các khu vực của WHO đã đánh giá Chương trình giảng dạy này để đảm bảo sự phù hợp về văn hóa của nó. Mặc dù một số hoạt động dạy và học và gợi ý cho sinh viên có thể chưa hoàn toàn phù hợp với văn hóa của tất cả các quốc gia, song chúng tôi nhận thức rằng chúng ta cần phải thay đổi nhiều khía cạnh của chăm sóc lâm sàng ở tất cả các quốc gia. Nhiều hành vi chuyên nghiệp đã từng được coi là phù hợp trước đây ngày nay không thể chấp nhận được nữa khi xét đến vấn đề an toàn bệnh nhân. Ví dụ ngày nay các nhân viên y tế như điều dưỡng, dược sĩ và bác sĩ tập sự được khuyến khích có ý kiến khi họ thấy một thầy thuốc có nhiều kinh nghiệm hơn, như một bác sĩ chẳng

hạn, sắp phạm sai sót; điều này được áp dụng trong mọi nền văn hóa ở những mức độ khác nhau. Các nguyên tắc an toàn bệnh nhân đòi hỏi mọi người phải có trách nhiệm đối với an toàn bệnh nhân và phải lên tiếng, ngay cả khi họ thứ bậc thấp trong phòng khám hay bệnh viện. Giáo viên sẽ cần có đánh giá về môi trường y tế và cần nhắc xem liệu môi trường đó đã được chuẩn bị và sẵn sàng chấp nhận những thách thức đi kèm với áp dụng nguyên tắc an toàn bệnh nhân chưa.

Các chiến lược giảng dạy và đánh giá được thiết kế có tính đến sự đa dạng của nguồn lực hiện có và những khác biệt về môi trường, có thể xem xét các điều kiện như quốc gia phát triển hay đang phát triển, trong lớp học hay trung tâm mô phỏng.

### **Một tài liệu Hướng dẫn Chương trình giảng dạy dựa vào học tập trong môi trường an toàn và khích lệ**

Chúng tôi hiểu rằng sinh viên đáp ứng tốt nhất khi môi trường học tập an toàn, khích lệ, thách thức và hào hứng. Việc học tập về an toàn bệnh nhân diễn ra ở nhiều nơi – tại giường bệnh, trong các phòng khám và trong cộng đồng, ở hiệu thuốc, ở môi trường mô phỏng và trong lớp. Điều cốt yếu là sinh viên được hỗ trợ trong học tập và không cảm thấy kém cỏi hoặc bị coi thường. Các hoạt động đưa ra trong Tài liệu Hướng dẫn Chương trình giảng dạy được thiết kế để triển khai trong môi trường học tập được khích lệ, nơi người học cảm thấy thoải mái đặt câu hỏi, thắc mắc về những gì mình chưa hiểu, và chia sẻ kiến thức một cách trung thực và cởi mở.

---

## 4. Cấu trúc của Tài liệu Hướng dẫn Chương trình giảng dạy

### **Hướng dẫn cho giáo viên (Phần A)**

Hướng dẫn dành cho giáo viên (Phần A) liên quan đến hoạt động xây dựng năng lực, xây dựng và thiết kế kế hoạch giảng dạy về an toàn bệnh nhân. Phần này đưa ra các gợi ý về cách tiếp cận và thực hiện giảng dạy về an toàn bệnh nhân với tài liệu có trong Phần B. trong Phần A chúng tôi cố gắng dẫn dắt độc giả qua một số bước quan trọng được thiết kế để hỗ trợ và tiến tới giai đoạn triển khai thực hiện xây dựng chương trình giảng dạy.

### **Các chủ đề trong Tài liệu Hướng dẫn Chương trình giảng dạy (Phần B)**

Các chủ đề thể hiện chương trình giảng dạy thực tế về an toàn bệnh nhân.



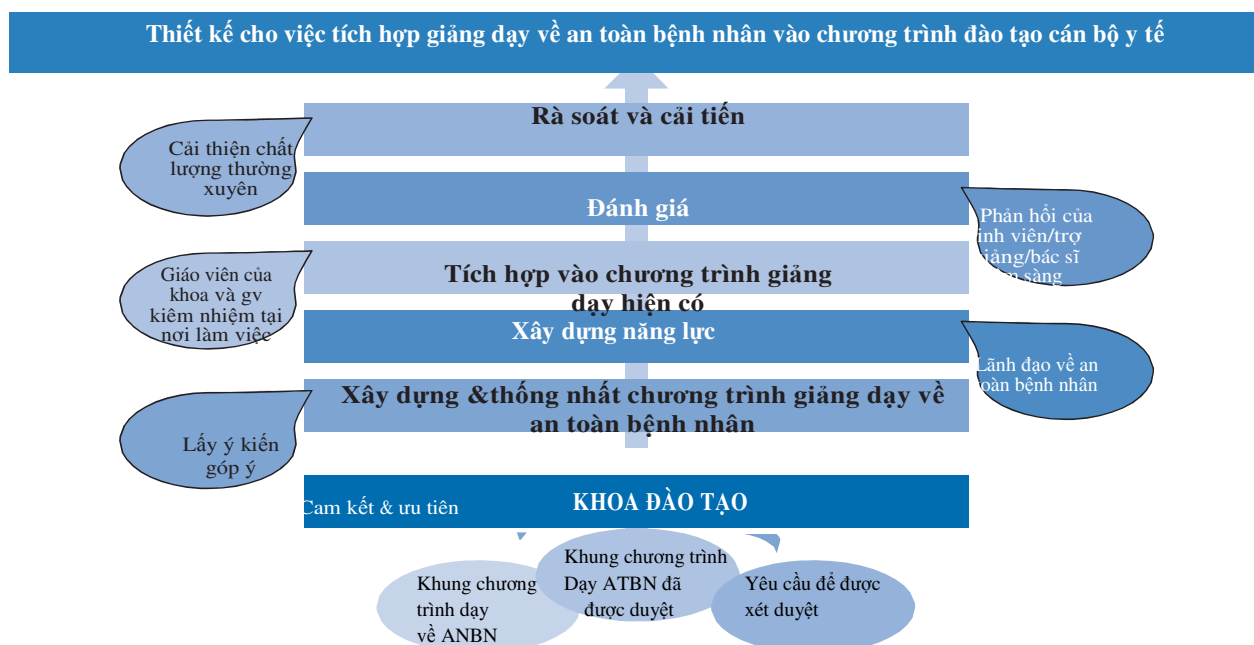
# 5. Triển khai thực hiện Tài liệu Hướng dẫn Chương trình giảng dạy

## Nên sử dụng Tài liệu Hướng dẫn Chương trình giảng dạy như thế nào

Tài liệu Hướng dẫn Chương trình giảng dạy này cung cấp học liệu cho việc giảng dạy cho sinh viên các chuyên ngành y tế về an toàn bệnh nhân. Tài liệu xác định những chủ đề cần dạy, phương pháp dạy và cách đánh giá các chủ đề khác nhau trong Chương trình. Ở phần đầu và cuối mỗi chủ đề là lời kể của bệnh nhân và các nghiên cứu tình huống. Có thể sử dụng những tình huống này để minh họa cho một khía cạnh cụ thể nào đó của chủ đề đang được thảo luận. Chúng tôi hiểu rằng kết quả học tập sẽ tốt nhất khi nghiên cứu tình huống phản ánh kinh nghiệm của địa phương; do đó chúng tôi khuyến khích giáo viên sửa đổi các tình huống để có thể phản ánh sát hơn kinh nghiệm của thầy thuốc/cơ sở y tế và các nguồn lực sẵn có tại địa phương. Tài liệu Hướng dẫn Chương trình

giảng dạy này được thiết kế cho tất cả sinh viên y tế và do đó giáo viên dạy các môn trong từng chuyên môn y cụ thể cần đưa thêm các tài liệu có liên quan đã được công bố nếu có thể, để củng cố quá trình học tập của sinh viên. Mục đích của Phần A trong Tài liệu Hướng dẫn Chương trình giảng dạy này là giúp giáo viên bộ môn làm quen với các khái niệm và nguyên tắc an toàn bệnh nhân, để họ có thể bắt đầu lồng ghép kiến thức về an toàn bệnh nhân trong mọi hoạt động dạy và học. Xây dựng năng lực cho khoa đào tạo và giảng viên là công việc đòi hỏi thời gian và cam kết. Hình A.5.1 mô tả những bước cơ bản.

**Hình A.5.1. Tích hợp giảng dạy về an toàn bệnh nhân vào chương trình đào tạo cán bộ y tế**



Nguồn: Do giáo sư Marilyn Walton, Trường Y tế công cộng Sydney, Đại học tổng hợp Sydney, Sydney, Australia, cung cấp năm 2010.

## Duyệt lại chương trình đào tạo như thế nào để tích hợp giảng dạy về an toàn bệnh nhân

### Xác định kết quả học tập

Để bắt đầu quy trình xây dựng hoặc đổi mới chương trình giảng dạy, điều quan trọng là trước hết phải xác định được kết quả học tập về an toàn bệnh nhân. Phần B bao gồm các chủ đề được lựa chọn cho Tài liệu Hướng dẫn Chương trình giảng dạy này, trong đó có nêu kết quả học tập dự kiến; kết quả học tập sẽ được thảo luận thêm trong phần này (Phần A).

### Biết trong chương trình đã có những nội dung gì

Chúng tôi dùng thuật ngữ “chương trình giảng dạy” để chỉ sự phân bố rộng rãi thực hành giảng dạy và học tập, bao gồm các chiến lược phát triển kỹ năng và hành vi, cũng như sử dụng phương pháp đánh giá để kiểm tra xem đã đạt được kết quả học tập dự kiến chưa. Sinh viên được hướng dẫn trong quá trình học tập bằng một chương trình giảng dạy đã xác định những kiến thức, kỹ năng và hành vi cần thiết đòi hỏi phải có để thể hiện năng lực khi hoàn thành và tốt nghiệp khóa đào tạo về chuyên ngành y tế mà họ lựa chọn.

Trước khi đưa tài liệu mới vào một chương trình đã có, điều quan trọng là phải biết về nội dung của chương trình đó cũng như kinh nghiệm học tập của sinh viên ở bệnh viện và/hoặc những môi trường làm việc khác nhau. Có thể là sinh viên đã từng được học đôi chút về an toàn bệnh nhân ở bệnh viện và phòng khám nhưng không theo tài liệu hoặc chương trình cụ thể nào. Cũng có thể trong chương trình giảng dạy đã đề cập đến một số khía cạnh của chương trình giảng dạy về an toàn bệnh nhân này, như tầm quan trọng của quy trình rửa tay để tránh lây nhiễm, hay các hệ

thống kiểm tra để đảm bảo xác định đúng bệnh nhân. Nắm được tổng quan về tài liệu hiện có trong chương trình giảng dạy liên quan là điều cần thiết để xác định cơ hội củng cố việc giảng dạy về an toàn bệnh nhân.

Chương trình giảng dạy về an toàn bệnh nhân được mô tả trong Phần B của tài liệu này. Chúng tôi đã xác định các chủ đề, nguồn tài liệu, chiến lược dạy và phương pháp đánh giá để giúp giới thiệu và tích hợp việc giảng dạy về an toàn bệnh nhân vào chương trình đào tạo được đề xuất hơn.

### Xây dựng trên cơ sở những nội dung đã có trong chương trình giảng dạy

Một cách tiếp cận giảng dạy về an toàn bệnh nhân hiệu quả là củng cố những phần đã có trong chương trình giảng dạy hơn là coi an toàn bệnh nhân như một môn học mới cần dạy. Có những thành phần của an toàn bệnh nhân là mới và sẽ được bổ sung cho chương trình giảng dạy hiện có, song có nhiều khía cạnh của vấn đề an toàn bệnh nhân có thể được bổ sung thêm hoặc đạt được hiệu quả cao hơn mà chỉ cần phát triển thêm một môn học hay chủ đề đã có trong chương trình.

Chúng tôi phát hiện việc sắp xếp các chủ đề hay lĩnh vực kiến thức trong chương trình giảng dạy hiện có sẽ giúp tìm ra cơ hội để đưa các khái niệm và nguyên tắc an toàn bệnh nhân vào chương trình. Những lĩnh vực như xây dựng kỹ năng, phát triển chuyên môn và cá nhân, luật y tế, y đức và thông tin liên lạc đều là các lĩnh vực có thể lồng ghép các khái niệm và nguyên tắc an toàn bệnh nhân. Bảng A.5.1 là mô hình do trường Y thuộc Đại học tổng hợp Sydney (Australia) xây dựng để rà soát xem việc dạy và học về an toàn bệnh nhân có thể thực hiện ở khâu nào trong chương trình giảng dạy của trường, được đưa ra như một ví dụ có thể áp dụng.

**Bảng A.5.1. Bài tập sắp xếp: xác định nội dung về an toàn bệnh nhân trong chương trình giảng dạy y khoa**

Phần/ lĩnh vực trong Chương trình	Năm	Nội dung về an toàn bệnh nhân ở đâu	Khả năng học về an toàn bệnh nhân	An toàn bệnh nhân được dạy như thế nào?	An toàn bệnh nhân được đánh giá như thế nào?	Bình luận
Y đức	1	Tôn trọng quyền tự chủ của bệnh nhân	Trung thực sau khi xảy ra biến cố bất lợi	Bài giảng	Bài luận về y đức, câu hỏi trắc nghiệm (MCQ), thi lâm sàng theo cấu trúc khách quan (OSCE)	Nhiều nguyên tắc an toàn bệnh nhân có cơ sở y đức, có thể dùng để xây dựng bài học rõ ràng về an toàn bệnh nhân

Sắp xếp chương trình giảng dạy cũng sẽ giúp bạn xác định cơ hội để tích hợp các khái niệm và nguyên tắc về an toàn bệnh nhân vào bài

giảng một cách hài hòa.



## Làm thế nào để đánh giá năng lực tích hợp giảng dạy về an toàn bệnh nhân vào chương trình hiện có của khoa đào tạo

Một trong những thách thức lớn nhất mà mọi chuyên ngành y tế gặp phải là tình trạng ngày càng thiếu các giảng viên kiêm nhiệm tại cơ sở y tế nói chung. Có ít người biết cách lồng ghép các nguyên tắc và khái niệm an toàn bệnh nhân vào hoạt động giảng dạy được cơ cấu sẵn trong một lĩnh vực mới và nhiều người cảm thấy nội dung này xa lạ. Nhiều chuyên gia y tế áp dụng phương pháp đảm bảo an toàn bệnh nhân vào thực hành hàng ngày của mình theo trực giác, song có thể không biết cách để giảng giải về việc mình làm. Có thể là vì họ coi việc thảo luận về “hệ thống” là việc của các cán bộ quản lý và điều hành. Những người khác lại có thể không coi việc dạy về an toàn bệnh nhân là quan trọng hoặc có liên quan tới lĩnh vực thực hành của họ, nhưng an toàn bệnh nhân liên quan đến tất cả mọi người. Phần lớn các chuyên gia y tế ngày nay có thể ý thức về sự cần thiết của an toàn bệnh nhân, song vì lĩnh vực này quá mới mẻ đối với chương trình giảng dạy, nên việc thu hút chuyên gia y tế tham gia sẽ là thách thức đầu tiên đối với bạn. Xây dựng năng lực cho khoa đào tạo có thể mất thời gian, song có một số bước có thể thực hiện để thu hút các nhà lâm sàng tham gia giảng dạy về an toàn bệnh nhân.

### Khảo sát

Một cách để tìm ra ai là người quan tâm đến việc giảng dạy về an toàn bệnh nhân là tiến hành khảo sát trong những giảng viên/chuyên gia tham gia giảng dạy sinh viên. Một số cơ sở đào tạo có thể có hàng trăm giảng viên và một số cơ sở khác lại có rất ít. Hãy phát hiện những người ở vị trí tốt nhất để tích hợp việc giảng dạy về an toàn bệnh nhân và đảm bảo sao cho họ tham gia khảo sát. Bài tập sắp xếp mô tả ở trên cũng sẽ giúp tìm ra những giảng viên hiện đang tham gia giảng dạy và ở vị trí có thể lồng ghép các khái niệm an toàn bệnh nhân vào bài giảng của họ. Khảo sát có thể đưa ra các câu hỏi liên quan đến sự quan tâm hoặc kiến thức về an toàn bệnh nhân và phương pháp thực hành an toàn bệnh nhân. Quá trình này cũng có thể phát hiện được những người quan tâm đến việc thành lập một nhóm hoặc ủy ban để giám sát việc xây dựng một chương trình giảng dạy về an toàn bệnh nhân trong lĩnh vực chuyên môn của bạn.

### Nhóm tập trung

Tổ chức một nhóm tập trung gồm các chuyên gia y tế trong lĩnh vực chuyên môn của bạn để tìm ra thực trạng hiểu biết hiện tại về an toàn bệnh nhân. Hoạt động này cũng sẽ cung cấp thông tin về thái độ của họ đối với việc giảng dạy an toàn bệnh nhân

### Gặp gỡ trực tiếp

Những cuộc gặp gỡ trực tiếp với giảng viên trong khoa và giảng viên kiêm nhiệm thuộc lĩnh vực chuyên môn của bạn tại cơ sở y tế sẽ giúp chuyên gia thông điệp rõ ràng về công tác giảng dạy về an toàn bệnh nhân. Gặp gỡ như vậy sẽ tạo cơ hội để giải thích cơ sở và sự cấp bách của việc thực hiện giáo dục về an toàn bệnh nhân, cũng như thiết lập mối quan hệ cho công việc sau này.

### Triệu tập hội nghị bàn tròn

Hãy mời một nhóm những người giỏi nhất thuộc lĩnh vực chuyên môn của bạn, mà theo bạn nghĩ, có thể quan tâm và đóng vai trò làm gương hay “tiên phong” để tham gia vào một cuộc thảo luận bàn tròn về giảng dạy an toàn bệnh nhân cho sinh viên. (Ích lợi của cách bố trí bàn tròn là ở chỗ không có chuyên gia nào ở vị trí chủ chốt rõ ràng và cả nhóm cùng tham gia thảo luận và quyết định các vấn đề theo phong cách học thuật.)

### Tổ chức một Hội nghị chuyên đề (seminar) về an toàn bệnh nhân

Hội nghị chuyên đề là nơi thích hợp để xây dựng kiến thức mới. Hội nghị chuyên đề rất có ích cho các bác sĩ còn xa lạ với lĩnh vực này được làm quen với nó và tiếp xúc với các chuyên gia hay các bác sĩ có uy tín, giàu kinh nghiệm và hiểu biết về an toàn bệnh nhân. Hội nghị chuyên đề có thể tổ chức trong nửa ngày hoặc một ngày. Các chủ đề thảo luận có thể bao gồm: (i) an toàn bệnh nhân là gì?; (ii) bằng chứng cho thấy vì sao an toàn bệnh nhân lại quan trọng; (iii) làm thế nào để xây dựng một chương trình giảng dạy về an toàn bệnh nhân; (iv) dạy về an toàn bệnh nhân như thế nào; và (v) đánh giá an toàn bệnh nhân như thế nào. Điều quan trọng là phải nhớ duy trì mục tiêu của chương trình, đó là xây dựng năng lực cho giảng viên và các chuyên gia để dạy về an toàn bệnh nhân cho sinh viên.

### Làm thế nào để phát hiện đồng nghiệp hoặc đồng sự có cùng quan điểm

Nếu bạn thực hiện các hoạt động xây dựng năng lực đề cập tới ở trên, việc làm đó sẽ giúp bạn phát hiện những người có cùng quan điểm quan tâm tới việc giảng dạy về an toàn bệnh nhân. Có một cách nữa là triệu tập một cuộc họp và gửi thư mời tới toàn thể cán bộ giảng viên trong khoa. Hãy đảm bảo lên lịch họp thuận tiện cho càng nhiều người tham dự càng tốt, để thu hút được số người tham gia đồng nhất (ví dụ một số chuyên gia phải khám chữa bệnh cho bệnh nhân vào ban ngày có thể muốn tham dự, nhưng không thể sắp xếp thời gian được). Một cách khác nữa là đăng một bài báo trên tập san của khoa hay trường, Như vậy sẽ giúp mọi người biết về vấn đề an toàn bệnh nhân, và

thậm chí nếu họ không quan tâm đến việc tham gia, bài báo cũng sẽ nâng cao nhận thức về sự cần thiết phải đưa an toàn bệnh nhân vào chương trình giảng dạy.

Giảng dạy về an toàn bệnh nhân đòi hỏi người chịu trách nhiệm triển khai chương trình phải thu hút được những chuyên gia y tế quan tâm và giàu kinh nghiệm đã cùng chia sẻ quan điểm hoặc đã được phân công/dề cử trong những cuộc gặp gỡ/họp về an toàn bệnh nhân. Đó cũng là ý hay để kiểm tra mức độ sẵn có các chuyên gia từ các khoa/ngành học khác, như ứng dụng yếu tố con người (kiến thức về yếu tố con người), tâm lý học (tâm lý học hành vi, lý thuyết về quy trình và cải tiến), dược khoa (an toàn thuốc), và điều dưỡng và y khoa (kiểm soát nhiễm khuẩn).



## Kỹ thuật để bổ sung chủ đề an toàn bệnh nhân vào chương trình giảng dạy

Động não là một kỹ thuật đòi hỏi mọi người đề xuất ý kiến để giải quyết một vấn đề. Vấn đề là làm thế nào để đưa việc giảng dạy về an toàn bệnh nhân vào chương trình dạy một cách tốt nhất. Mỗi khoa đào tạo về chăm sóc sức khỏe có những nguồn lực, năng lực và mức độ quan tâm khác nhau đối với môn an toàn bệnh nhân. Ở một số nước, an toàn bệnh nhân có thể chưa phải là mối quan ngại của cộng đồng hay chính phủ, và sự cấp bách phải đưa môn học này vào chương trình đào tạo cán bộ y tế có thể không được coi là một ưu tiên.

Tổ chức các hội thảo giới thiệu về ấn bản đa ngành, Tài liệu Hướng dẫn Chương trình giảng dạy về An toàn bệnh nhân này của WHO sẽ tạo cơ hội cho thành viên của khoa làm quen với các chủ đề cốt lõi trong lĩnh vực an toàn bệnh nhân. Hội thảo cũng sẽ cho phép họ bày tỏ sự dè dặt nếu có, đưa ra câu hỏi, và giải đáp mọi quan ngại của họ về chương trình.

An toàn bệnh nhân được xem xét hiệu quả nhất trong tình huống học tập đa ngành. Đội ngũ giảng viên cần được khuyến khích suy nghĩ về tính khả thi của việc kết hợp một số buổi dạy về an toàn bệnh nhân với các chuyên gia y tế khác. Hướng dẫn Chương trình giảng dạy này được thiết kế cho

tất cả sinh viên các chuyên ngành y tế. Phần lớn các chuyên gia và các môn học về chăm sóc sức khỏe đều có nhiều điều để đóng góp, nhất là vào việc giảng dạy một vài chủ đề trong lĩnh vực này. Các kỹ sư có thể dạy về các hệ thống ứng dụng yếu tố con người và văn hóa an toàn. Nhà tâm lý học và nhà nghiên cứu khoa học hành vi, các khoa điều dưỡng, dược và y có thể nói về phương pháp mà ngành của họ áp dụng để cải thiện an toàn. Cố gắng tạo sự đa dạng sẽ mang lại cơ hội tối ưu để giúp sinh viên học hỏi từ các môn học/ngành khác, đặc biệt trong bối cảnh cách tiếp cận nhóm đối với an toàn bệnh nhân.

### Đạt được sự nhất trí

Như đối với bất kỳ cuộc thảo luận nào về nội dung chương trình dạy, sẽ luôn có các quan điểm khác nhau về những nội dung cần được đưa vào và không nên đưa vào. Điểm mấu chốt là bắt đầu và xây dựng từ việc thảo luận. Tức là về lâu dài thì sự thỏa hiệp có thể tốt hơn – bắt đầu làm một việc gì đó thì tốt hơn là ngồi tranh cãi và bàn luận các vấn đề mãi không xong. Một kỹ thuật khác là giới thiệu những chủ đề mới vào chương trình bằng cách thí điểm, là cách có thể giúp phát hiện vấn đề và được sử dụng làm hướng dẫn cho các chủ đề trong tương lai. Làm như vậy cũng cho phép những giảng viên trong khoa còn chưa chắc chắn về giá trị của việc giảng dạy về an toàn bệnh nhân làm quen dần với ý tưởng đó.

Phần tiếp theo sẽ trình bày chi tiết hơn về quá trình xây dựng và tích hợp Tài liệu Hướng dẫn Chương trình giảng dạy vào chương trình giảng dạy đã có.



## 6. Làm thế nào để tích hợp chủ đề an toàn bệnh nhân vào chương trình giảng dạy

### Nhận xét chung

An toàn bệnh nhân là một môn học tương đối mới và việc đưa bất kỳ tài liệu mới nào vào chương trình giảng dạy hiện hành luôn là một thách thức. Cần dạy những gì? Ai sẽ là người dạy? Môn học đó nên được đặt vào đâu trong chương trình và đặt như thế nào để hài hòa với các môn học khác? Môn này sẽ thay thế môn nào?

Nếu cơ sở đào tạo của bạn đang trong quá trình đổi mới chương trình dạy hiện có hay bạn là giảng viên của một khoa mới, thì đây là thời điểm lý tưởng để đưa ra cơ sở cho việc xác định vị trí môn học an toàn bệnh nhân. Tuy nhiên, phần lớn chương trình đào tạo của các trường đào tạo cán bộ y tế đã được củng cố vững chắc và không còn chỗ cho môn học mới. Thật không bình thường khi bỏ trống một khoảng thời gian trong chương trình để chờ đợi một lĩnh vực học thuật mới.

Phần này đưa ra các ý kiến về cách tích hợp

việc dạy và học về an toàn bệnh nhân vào chương trình đào tạo hiện hành. Ích lợi và thách thức của nhiều cách tiếp cận sẽ cũng được đề cập để giúp bạn quyết định cách tiếp cận nào có thể phù hợp nhất cho trường của bạn và giúp bạn lường trước và lập kế hoạch cho những gì cần thiết.

### Tính chất của giáo dục về an toàn bệnh nhân:

- là môn học mới;
- bao trùm một số lĩnh vực từ trước tới nay chưa được dạy cho sinh viên các chuyên ngành y tế, như yếu tố con người, tư duy hệ thống, hành vi làm việc nhóm hiệu quả và quản lý sai sót;
- liên kết với nhiều môn học truyền thống khác (khoa học ứng dụng và khoa học lâm sàng) (xem ví dụ trong Khung A.6.1);
- bao gồm những kiến thức và thành phần hoạt động mới (xem ví dụ trong Khung A.6.2);
- có tính tình huống cao.

### Khung A.6.1. Liên kết giáo dục về an toàn bệnh nhân với các môn học truyền thống của các trường y và điều dưỡng

Ví dụ về cách các chủ đề an toàn bệnh nhân, như xác định chính xác người bệnh chẳng hạn, có những ứng dụng cụ thể như thế nào ở nhiều chuyên ngành khác nhau trong y khoa.

Môn học	Ứng dụng an toàn bệnh nhân
Sản khoa	Làm thế nào để xác định trẻ sơ sinh nào là con của sản phụ nào, để tránh vô tình nhầm lẫn khiến cha mẹ mang lầm con người khác về khi xuất viện?
Ngoại khoa	Nếu một bệnh nhân cần tiếp máu, cần phải thực hiện những bước kiểm tra như thế nào để đảm bảo họ được tiếp đúng nhóm máu?
Y đức	Làm sao có thể khuyến khích bệnh nhân nói ý kiến của mình nếu họ không hiểu vì sao bác sĩ làm những việc mà họ không muốn với họ?

## Khung A.6.2. Liên kết giáo dục về an toàn bệnh nhân với kiến thức mới và các thành phần hoạt động

Năng lực về an toàn bệnh nhân đối với một chủ đề cụ thể có thể được chia thành các yêu cầu về kiến thức và thực hành. Lý tưởng nhất là việc học tập sẽ được thực hiện trong cả hai lĩnh vực đó, ví dụ như xác định đúng bệnh nhân.

Lĩnh vực	Ví dụ về An toàn bệnh nhân
Kiến thức chung	Hiểu rằng việc xác định nhầm bệnh nhân có thể và thực sự xảy ra khi chăm sóc người bệnh theo nhóm. Biết được những tình huống có thể làm tăng khả năng xác định nhầm bệnh nhân, như cả hai người bệnh cùng có tình trạng bệnh như nhau, bệnh nhân không giao tiếp được, và nhân viên y tế phải ngừng giữa chừng khi đang thực hiện công việc.
Kiến thức ứng dụng	Hiểu tầm quan trọng của việc xác định đúng bệnh nhân khi lấy mẫu máu để kiểm tra chéo về sự tương thích. Hiểu được sai sót có thể xảy ra như thế nào trong quá trình thực hiện nhiệm vụ này và học về các chiến lược được áp dụng để phòng ngừa sai sót trong tình huống đó.
Hoạt động	Thể hiện cách xác định đúng người bệnh bằng cách hỏi tên họ, với những câu hỏi mở như “Tên bác/anh/chị là gì”, không nên dùng câu hỏi đóng như “Ông/ anh là John Smith phải không?”

Lĩnh vực an toàn bệnh nhân cũng rất rộng. Với phạm vi rộng đó và sự cần thiết phải đưa các nguyên tắc an toàn bệnh nhân vào tình huống, có khả năng sẽ có nhiều cơ hội trong chương trình giảng dạy để lồng ghép giáo dục về an toàn bệnh nhân vào các buổi học trong chương trình một cách hiệu quả. Tuy nhiên một số lĩnh vực của an toàn bệnh nhân lại khá mới mẻ với các chuyên ngành y tế và có thể không dễ dàng chèn vào một buổi dạy theo chương trình được, và do đó có khả năng cần phải có chỗ riêng trong chương trình đào tạo. Chủ đề 2, *Vì sao áp dụng yếu tố con người lại quan trọng đối với an toàn bệnh nhân*, có thể khó lồng ghép hoặc kết hợp với một môn học đã có. Một cách tiếp cận chủ đề này có thể là tìm thời gian và mời một chuyên gia từ khoa công trình hay tâm lý đến giảng, tiếp theo đó là thảo luận trong nhóm nhỏ.

### Làm thế nào để sử dụng cấu trúc của chương trình hiện có để thực hiện việc kết hợp môn học mới hiệu quả nhất

Sau khi đã xem xét chương trình hiện có của mình, xác định những lĩnh vực an toàn bệnh nhân nào đã được dạy và quyết định những chủ đề an toàn bệnh nhân nào mình muốn dạy, là lúc bạn cần nghĩ về cách tích hợp nội dung mới vào chương trình hiện có.

Khi suy nghĩ về chương trình giảng dạy, cần cân nhắc những vấn đề sau:

- Chương trình được cấu trúc tổng thể như thế nào?
- Các môn học và chủ đề dạy được phân bổ vào thời gian nào trong chương trình, và chỗ nào có thể đưa thêm nội dung về an toàn bệnh nhân vào?
- Các chủ đề được cấu trúc như thế nào xét về mục tiêu học tập, phương pháp dạy và đánh giá?
- Chương trình dạy được thực hiện như thế nào?
- Những ai chịu trách nhiệm thực hiện chương trình dạy?

Khi đã trả lời được tất cả các câu hỏi trên, bạn sẽ biết có thể đưa nội dung an toàn bệnh nhân vào chỗ nào trong chương trình và tích hợp ra sao.

### Chương trình được cấu trúc tổng thể như thế nào?

- Đó có phải là chương trình giảng dạy truyền thống dạy theo phương pháp giảng bài cho lớp đông không? Trước hết sinh viên học về các khoa học cơ bản và khoa học hành vi, sau khi hoàn thành các môn cơ sở đó, họ tập trung vào các lĩnh vực cụ thể liên quan đến nghề nghiệp. Việc dạy và học có xu hướng được thực hiện theo môn học cụ thể hơn là theo phương pháp tích hợp.

Trong trường hợp đó, tốt nhất là có thể đưa ứng dụng và các thành phần hoạt động của an toàn bệnh nhân vào những năm cuối của khóa học. Tuy nhiên kiến thức chung về các nguyên tắc an toàn bệnh nhân vẫn có thể được giới thiệu ngay từ những năm đầu một cách hiệu quả.

- Đó có phải là chương trình dạy tích hợp không? Các môn khoa học cơ bản, khoa học hành vi và lâm sàng và kỹ năng được dạy song song trong suốt khóa học và việc học tập được tích hợp.

Nếu vậy thì có nhiều thuận lợi cho việc lồng ghép các kiến thức, ứng dụng và thành phần hoạt động của giáo dục về an toàn bệnh nhân vào tất cả các giai đoạn trong suốt khóa học.

### Kiến thức và yêu cầu về kết quả môn học an toàn bệnh nhân

- Lý tưởng nhất là hoạt động học tập của sinh viên được thực hiện trong môi trường làm việc;

tính phù hợp sẽ rõ ràng hơn khi sinh viên hiểu chăm sóc y tế được cung ứng như thế nào và họ sẽ quen thuộc hơn với môi trường làm việc.

- Sinh viên sẽ dễ dàng thay đổi cách thực hành nếu họ có cơ hội sử dụng những gì đã học ngay sau khi được học trong chương trình.

Khi dạy một chủ đề an toàn bệnh nhân, sẽ thuận lợi hơn nếu những yêu cầu về kiến thức và hoạt động được thực hiện đồng thời. Hiểu biết rõ ràng về phạm vi của một vấn đề trong lĩnh vực an toàn bệnh nhân sẽ tạo hứng thú và sự nhìn nhận sâu sắc khi khọc về các yêu cầu hoạt động.

Sinh viên cũng sẽ ít có khả năng cảm thấy nản chí về những nguy cơ đối với người bệnh mà hệ thống y tế mà họ sắp trở thành một thành phần gây ra. Nếu họ đồng thời tìm kiếm giải pháp (các ứng dụng) và học về những chiến lược thực tiễn (thành phần hoạt động) để trở thành người cung cấp chăm sóc an toàn hơn cho bệnh nhân, họ sẽ có thái độ tích cực hơn. Vì những lý do về hậu cần, có thể không thể cùng lúc giảng dạy cả kiến thức và yêu cầu hoạt động của một chủ đề an toàn bệnh nhân được.

Nếu chương trình dạy của bạn là chương trình truyền thống, thì tốt nhất là dạy kiến thức và các yêu cầu về hoạt động an toàn bệnh nhân vào những năm cuối khóa học khi sinh viên đã có nhiều kiến thức hơn về thực hành chuyên môn và được tiếp xúc với bệnh nhân và đào tạo về kỹ năng tại môi trường làm. Tình huống cho kiến thức và yêu cầu về hoạt động cần phù hợp với khả năng áp dụng kiến thức được học vào thực hành của sinh viên. Kiến thức cơ sở về an toàn bệnh nhân vẫn có thể được lồng ghép vào các môn học trong những năm đầu của khóa học, như y tế công cộng, dịch tễ học, y đức, hay các môn dựa trên cơ sở khoa học về hành vi khác.

Các chủ đề phù hợp để giới thiệu gồm có: (i) An toàn bệnh nhân là gì?; và (ii) các hệ thống và tính phức tạp của chăm sóc sức khỏe. Nếu chương trình dạy của bạn là chương trình tích hợp và sinh viên được dạy các kỹ năng lâm sàng ngay từ năm thứ nhất, thì tốt nhất nên giới thiệu các chủ đề an toàn bệnh nhân sớm và tích hợp vào các môn học xuyên suốt khóa học. Làm như vậy sẽ biến an toàn bệnh nhân thành một chủ đề thường xuyên và tạo cơ hội củng cố và xây dựng kiến thức về lĩnh vực này từ những môn học đầu. Lý tưởng nhất là sinh viên được tiếp xúc với việc học về an toàn bệnh nhân trước khi và ngay khi bắt đầu làm quen với môi trường làm việc.

**Những môn học và chủ đề có thể tích hợp giảng dạy về an toàn bệnh nhân được sắp xếp ở giai đoạn nào trong chương trình đào tạo?**

Bất kỳ lĩnh vực học tập nào liên quan đến một chuyên môn nào đó có thể có khả năng cho phép kết hợp dạy một chủ đề an toàn bệnh nhân nếu tình huống mẫu là một phần của bài học và phù hợp với môn học đó. Ví dụ một tình huống sai sót trong dùng thuốc điều trị cho một bệnh nhi có thể được dùng làm điểm khởi đầu để dạy điều dưỡng về cách hiểu và rút kinh nghiệm từ sai sót trong khi học nhi khoa. Tương tự như vậy, trong quá trình học về quản lý bệnh nhân sau phẫu thuật thay khớp gối hoặc khớp háng, sinh viên vật lý trị liệu có thể học về chủ đề “an toàn bệnh nhân và các thủ thuật xâm lấn”. Nhiều lĩnh vực có thể cho phép lồng ghép dạy về chủ đề “nhận thức và rút kinh nghiệm từ sai sót” nếu tình huống đó phù hợp với môn học đó. Tuy nhiên kiến thức phải khái quát và phù hợp với tất cả các bộ môn và với mọi sinh viên. Trong Khung A.6.3 nêu các cơ hội để xem xét việc lồng ghép các chủ đề an toàn bệnh nhân.

**Khung A.6.3. Tích hợp các chủ đề an toàn bệnh nhân**

Chủ đề An toàn bệnh nhân	Những môn học có thể lồng ghép chủ đề an toàn bệnh nhân
Giảm thiểu lây nhiễm bằng cách cải thiện kiểm soát nhiễm khuẩn	Vi sinh vật học Đào tạo kỹ năng quy trình kỹ thuật Bệnh truyền nhiễm Vị trí lâm sàng
Cải thiện an toàn thuốc	Dược lý học Điều trị học
Làm thành viên tích cực của nhóm	Các chương trình định hướng Đào tạo về kỹ năng thông tin (liên ngành) Đào tạo về thảm họa khẩn cấp
An toàn bệnh nhân là gì?	Y đức Làm quen với môi trường lâm sàng Đào tạo kỹ năng lâm sàng và kỹ năng quy trình kỹ thuật

**Các chủ đề riêng biệt trong chương trình được cơ cấu như thế nào trong những lĩnh vực dưới đây?**

- Mục tiêu học tập;
- Phương pháp truyền thụ;
- Phương pháp đánh giá.

Việc thực hiện kết hợp nội dung an toàn bệnh nhân vào chương trình giảng dạy của bạn sẽ có hiệu quả hơn nếu các mục tiêu học tập liên quan và phương pháp truyền thụ kiến thức và đánh giá phù hợp với cấu trúc của mục tiêu, và với phương pháp truyền thụ kiến thức và đánh giá của các môn học khác trong chương trình.

**Chương trình giảng dạy được thực hiện như thế nào?**

- Bài giảng;
- Vị trí làm việc, hoạt động trực tuyến ở bệnh phòng, trong nhà thuốc, trong phòng đẻ;
- Hướng dẫn theo nhóm nhỏ;

- Học dựa trên vấn đề (PBL);
- Mô phỏng/kỹ năng phòng xét nghiệm;
- Buổi hướng dẫn theo kiểu truyền thống.

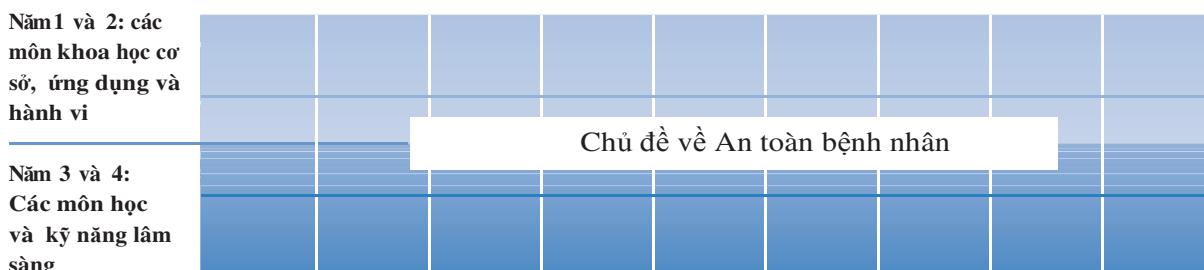
Sẽ dễ dàng hơn nếu kết hợp các chủ đề về an toàn bệnh nhân vào các phương pháp giáo dục sẵn có từ trước mà giảng viên và sinh viên đều đã quen thuộc.

Ví dụ về các mô hình triển khai

*Ví dụ 1: Dạy An toàn bệnh nhân như một môn học riêng biệt trong những năm cuối của chương trình đào tạo truyền thống. Xem Biểu đồ A.6.1.*

- Các phương pháp giáo dục cần kết hợp bài giảng, thảo luận nhóm nhỏ, làm việc theo dự án, hội thảo thực hành, hoặc bài tập mô phỏng;
- Bổ sung một lớp kiến thức về an toàn bệnh nhân vào kiến thức đã có từ trước trước khi bắt đầu hội thảo.

**Biểu đồ A.6.1. Dạy an toàn bệnh nhân như một môn học riêng biệt trong những năm cuối của chương trình đào tạo truyền thống**



*Ví dụ 2: An toàn bệnh nhân như một môn học riêng biệt trong chương trình tích hợp. Xem Biểu đồ A.6.2.*

đề sẽ được đề cập tới trong các buổi giảng dạy theo nhóm hoặc khi đi thực tập trong năm học.

An toàn bệnh nhân có thể là một môn học riêng biệt có liên kết với các môn học khác, ví dụ bài giảng đầu tiên của học kỳ có liên quan đến các chủ

**Biểu đồ A.6.2. An toàn bệnh nhân như một môn học riêng biệt trong chương trình tích hợp**

<b>Năm 1</b>	Chủ đề 1: An toàn bệnh nhân là gì?	PBL/các hình thức truyền thụ khác
<b>Năm 2</b>	Chủ đề 2, 3 và 5: Vì sao áp dụng yếu tố con người lại quan trọng đối với an toàn bệnh nhân; Nhận thức về hệ thống và tác động của tính phức tạp của hệ thống đối với chăm sóc bệnh nhân; Rút kinh nghiệm từ sai sót để phòng ngừa tổn hại	Hội thảo về kỹ năng lâm sàng và vị trí lâm sàng
<b>Năm 3</b>	Chủ đề 4, 7, 9 và 10: Làm thành viên tích cực của nhóm; Sử dụng các phương pháp nâng cao chất lượng để cải thiện chăm sóc bệnh nhân; Phòng và kiểm soát nhiễm khuẩn; An toàn bệnh nhân và các thủ thuật xâm lấn	
<b>Năm 4</b>	Chủ đề 6, 8 và 11: nhận thức và quản lý nguy cơ lâm sàng; thu hút sự tham gia của bệnh nhân và người chăm sóc; cải thiện an toàn thuốc	

Ví dụ 3: tích hợp an toàn bệnh nhân vào các môn học có sẵn – ví dụ A. Xem Biểu đồ A.6.3.

Có thể dành riêng một số buổi học trong lịch trình của một vài môn học cho mục đích giới thiệu về một chủ đề an toàn bệnh nhân trong buổi hướng dẫn hoặc bài giảng.

Trong năm thứ tư có thể có một bài giảng về an toàn thuốc như một phần của môn điều trị học, một buổi thảo luận chuyên đề về sử dụng thuốc an toàn, và một buổi học theo hình thức PBL hay nhóm nhỏ để thảo luận một tình huống thể hiện nhiều khía cạnh của sai sót, lấy một ca bệnh hay ví dụ về sai sót trong dùng thuốc để xem xét.

**Biểu đồ A.6.3. Thực hiện kết hợp giảng dạy về an toàn bệnh nhân như một chủ đề riêng biệt trong các môn học đã có (A)**

Năm 1	PBL					Trường hợp về ATBN					
	Kỹ năng lâm sàng		Hoạt động ATBN								
	Bài giảng	Chủ đề ATBN									
Năm 2	PBL					Trường hợp về ATBN					
	Kỹ năng lâm sàng		Hoạt động ATBN								
	Bài giảng	Chủ đề ATBN									
Năm 3	PBL					Trường hợp về ATBN					
	Kỹ năng lâm sàng		Hoạt động ATBN								
	Bài giảng	Chủ đề ATBN									
Năm 4	PBL					Trường hợp về ATBN					
	Kỹ năng lâm sàng		Hoạt động ATBN								
	Bài giảng	Chủ đề ATBN									

Ví dụ 4: Tích hợp an toàn bệnh nhân vào các môn học đã có—ví dụ B. Xem Biểu đồ A.6.4.

Hãy làm việc với người phụ trách mỗi môn học để tích hợp các thành phần của an toàn bệnh nhân vào một số buổi dạy. Mặc dù trọng tâm chính của buổi dạy không phải là một chủ đề an toàn bệnh nhân, song các thành phần dạy về an toàn bệnh nhân được đan xen trong buổi học. Để làm được như vậy, mục tiêu của buổi học cần

bao gồm một thành phần của an toàn bệnh nhân. Xem ví dụ trong Khung A.6.4.

Các chủ đề về an toàn bệnh nhân càng được lồng ghép nhiều trong chương trình dạy đã có, thì việc kết hợp các yêu cầu hoạt động một cách có ý nghĩa sẽ càng dễ dàng hơn, và tạo tình huống cho các khái niệm về an toàn bệnh nhân.



**Biểu đồ A.6.4. Thực hiện kết hợp giảng dạy về an toàn bệnh nhân như một chủ đề riêng biệt trong các môn học đã có (B)**

<b>Năm 1</b>	PBL		Trường hợp về ATBN		Trường hợp về ATBN		
	Kỹ năng lâm sàng	Hoạt động ATBN	Hoạt động ATBN	Hoạt động ATBN	Hoạt động ATBN	Hoạt động ATBN	Hoạt động ATBN
	Bài giảng	Chủ đề ATBN					
<b>Năm 2</b>	PBL			Trường hợp về ATBN			Trường hợp về ATBN
	Kỹ năng lâm sàng	Hoạt động ATBN	Hoạt động ATBN	Hoạt động ATBN	Hoạt động ATBN	Hoạt động ATBN	Hoạt động ATBN
	Bài giảng	Chủ đề ATBN					
<b>Năm 3</b>	PBL	Trường hợp về ATBN		Trường hợp về ATBN			
	Kỹ năng lâm sàng	Hoạt động ATBN	Hoạt động ATBN	Hoạt động ATBN	Hoạt động ATBN	Hoạt động ATBN	Hoạt động ATBN
	Bài giảng	Chủ đề ATBN					
<b>Năm 4</b>	PBL		Trường hợp về ATBN			Trường hợp về ATBN	
	Kỹ năng lâm sàng	Hoạt động ATBN	Hoạt động ATBN	Hoạt động ATBN	Hoạt động ATBN	Hoạt động ATBN	Hoạt động ATBN
	Bài giảng	Chủ đề ATBN					

**Khung A.6.4. Ví dụ về cách đan xen các chủ đề an toàn bệnh nhân vào các buổi học trong chương trình**

**Các buổi học trong chương trình Thành phần giảng dạy về An toàn bệnh nhân**

Hướng dẫn kỹ năng lâm sàng bên giường bệnh hay phòng khám	Thông thường khi bắt đầu buổi học bệnh nhân luôn được giải thích và đồng ý tham gia vào quá trình giảng dạy. Giáo viên đóng vai mẫu, tôn trọng ý muốn của bệnh nhân. Bệnh nhân luôn tham gia như thành viên của nhóm. Giáo viên mời bệnh nhân tham gia thảo luận về ca bệnh vì họ có thông tin quan trọng đối với việc điều trị cho mình
Buổi học về kỹ năng thực hiện qui trình đặt ống thông tĩnh mạch	Hướng dẫn kỹ thuật vô trùng và việc hủy vật sắc nhọn. Mời bệnh nhân tham gia thảo luận về nguy cơ nhiễm trùng. Chấp thuận cho thực hành.
Bài giảng về truyền máu	Nguy cơ đối với bệnh nhân và cách giảm thiểu nguy cơ là một phần của bài giảng. Thủ tục thẩm định để chắc chắn xác định đúng bệnh nhân. Kết hợp đào tạo về chấp thuận.
PBL về tuyên tặc phổi mà ca bệnh đầu tiên được ghi nhận được bắt đầu cho uống thuốc chống đông máu	Khuyến khích sinh viên thảo luận về tầm quan trọng của việc hướng dẫn cho bệnh nhân khi kê đơn những loại thuốc có khả năng gây hại



### Lưu ý

Càng kết hợp việc dạy về an toàn bệnh nhân vào chương trình hiện có, sẽ càng dần trải và phụ thuộc vào nhiều giáo viên hơn, và do đó sẽ càng khó điều phối việc giảng dạy môn học này. Bạn sẽ cần phải cân bằng giữa lồng ghép tài liệu mới và năng lực điều phối việc phổ biến những tài liệu đó. Một ý tưởng tốt là hãy ghi chép chi tiết về thành phần nào của lĩnh vực an toàn bệnh nhân đã được tích hợp vào chương trình hiện có, đang được dạy thế nào và đánh giá ra sao. Từ quan điểm giáo dục mà nói, việc tích hợp dạy về an toàn bệnh nhân là lý tưởng, tuy nhiên mục đích đó phải được cân bằng với khả năng có thể thực hiện được.

Nếu trường đại học hoặc ủy ban kiểm định hỏi các chủ đề về an toàn bệnh nhân được dạy cho sinh viên lúc nào và ở đâu, khoa đào tạo cần phải có đủ thông tin chi tiết để họ cử người dự một buổi học như vậy để thấy vấn đề an toàn bệnh nhân được giảng dạy như thế nào. Có thể trong điều kiện của bạn thì việc kết hợp tất cả các cách tiếp cận đề cập ở trên sẽ phù hợp hơn.

Sau khi đã có kế hoạch tổng thể về nội dung, thời gian và phương pháp kết hợp giảng dạy về các chủ đề an toàn bệnh nhân trong chương trình đào tạo, việc đưa dần từng chủ đề vào dạy trong chương trình sẽ dễ dàng hơn là cố bỏ sung mọi mặt trong kế hoạch của mình cùng một lúc. Làm từng bước như vậy giúp bạn vừa làm vừa rút kinh nghiệm, và đạt được những mục tiêu nhỏ nhanh chóng hơn.

**Gợi ý cho việc tích hợp giảng dạy về an toàn bệnh nhân trong các buổi học dựa trên vấn đề (PBL).** Một số chương trình đào tạo sinh viên y tế coi PBL là phương pháp truyền thụ kiến thức được ưa chuộng. Các chương trình PBL, được sử dụng đầu tiên ở trường Đại học McMaster, Ca-na-đa, đòi hỏi người học phải hợp tác làm việc về một chủ đề; các nhóm sinh viên

được giao nhiệm vụ và cùng nhau giải quyết vấn đề, sau đó xem xét suy ngẫm về những cố gắng của mình. Những gợi ý sau đây cho thấy các chủ đề có thể được lồng ghép như thế nào vào các bài tập PBL.

- Đưa thông tin vào tình huống liên quan tới một vấn đề an toàn bệnh nhân. Để làm được như vậy, hãy đưa các khía cạnh của thực trạng hệ thống cung ứng chăm sóc sức khỏe, để tạo cơ hội tìm hiểu các vấn đề liên quan tới an toàn bệnh nhân.
- Sửa đổi cho tình huống đó phù hợp với môi trường y tế địa phương.
- Trường hợp đó có thể bao gồm một biến cố bất lợi hay cận nguy.
- Trường hợp đó có thể bao gồm một mối đe dọa đối với an toàn bệnh nhân, để giúp sinh viên nhận biết nguy cơ tiềm ẩn ở những khâu nào trong hệ thống.

Một tình huống đưa ra làm ví dụ có thể bao gồm một điều dưỡng, dược sĩ, nữ hộ sinh, nha sĩ hay bác sĩ. Trong đó cũng có thể có một nhân viên y tế yêu cầu (lên tiếng góp ý) với những nhân viên ở vị trí cao hơn để họ sẵn sàng chấp nhận can thiệp của nhân viên cấp dưới, nhằm qua đó cải thiện chất lượng chăm sóc cho người bệnh.

Vấn đề an toàn bệnh nhân có thể là một thành phần chính hoặc phụ trong tình huống ví dụ của buổi học PBL.

### Ví dụ về một tình huống cho PBL

Cậu bé 15 tuổi Jeremy So vừa được đưa tới phòng khám địa phương với chứng thờ khờ khờ và ngứa. Người bố nói rằng mới 30 phút trước cậu bé còn bình thường và chỉ vừa đột nhiên cảm thấy khó chịu. Khi bác sĩ khám, trông Jeremy đau đớn và lo lắng. Mặt và môi cậu bé sưng vù, và mắt gần như không mở được vì bị sưng to quá. Trên da có những vết đỏ và cậu bé gãi luôn tay. Tiếng thờ khờ khờ.

### Tình huống ví dụ: viết lại ví dụ ca bệnh để khuyến khích thảo luận về sai sót y khoa cũng như để tìm câu trả lời cho những câu hỏi trên

Jeremy So là một cậu bé 15 tuổi vừa được đưa tới phòng khám địa phương với chứng thờ khờ khờ và ngứa. Người bố nói rằng mới 30 phút trước cậu bé còn bình thường và chỉ vừa đột nhiên cảm thấy khó chịu. Khi bác sĩ khám, trông Jeremy đau đớn và lo lắng. Mặt và môi cậu bé sưng vù, và mắt gần như không mở được vì bị sưng to quá. Trên da có những vết đỏ và cậu bé gãi luôn tay. Tiếng thờ khờ khờ.

Bố của Jeremy nói con mình đã từng bị như thế một lần sau khi dùng thuốc penicillin, và đã được dặn không bao giờ dùng penicillin nữa bởi vì loại thuốc đó có thể làm cậu bị chết. Sáng hôm đó Jeremy vừa đi khám bác sĩ vì bị sổ mũi, viêm họng và sốt. Bác sĩ kê thuốc amoxicillin, và Jeremy đã uống thuốc. Bố của Jeremy bản khoăn liệu có phải con mình cũng dị ứng với loại thuốc amoxicillin mới này không.

## Trường hợp ví dụ: có thể bao gồm ví dụ về cách tăng cường an toàn bệnh nhân.

Một điều dưỡng, dược sĩ hay sinh viên y phát hiện bác sĩ đã bỏ qua một vài thông tin quan trọng. Ví dụ có thể mô tả điều dưỡng (hay một nhân viên y tế khác) lên tiếng nhắc nhở, bác sĩ nghe theo điều dưỡng, và kết quả là chất lượng chăm sóc người bệnh được cải thiện.

### Tích hợp vấn đề an toàn bệnh nhân vào chương trình đào tạo kỹ năng quy trình kỹ thuật

Nhiều quy trình và cách điều trị tiềm ẩn khả năng gây tổn hại cho bệnh nhân. Điều này đặc biệt đúng khi sinh viên còn thiếu kinh nghiệm tham gia thực hành những quy trình đó. Các quy trình có thể gây tổn hại bằng cách gây biến chứng, đau đớn và khổ sở cho người bệnh, và trước hết là qua việc điều trị không hiệu quả hay không cần thiết. Các kiến thức, kỹ năng và hành vi của người thực hiện quy trình có thể giúp giảm thiểu một số nguy cơ tiềm ẩn đối với bệnh nhân. Tích hợp giảng dạy về an toàn bệnh nhân với việc dạy kỹ năng thực hiện quy trình kỹ thuật cho sinh viên y sẽ giúp họ hiểu về trách nhiệm của mình đối với người bệnh khi bắt đầu thực hiện quy trình. Phần này đưa ra một số gợi ý về cách lồng ghép vấn đề an toàn bệnh nhân với đào tạo kỹ năng thực hiện quy trình ở cơ sở đào tạo của bạn. Để bắt đầu, hãy xem xét những câu hỏi sau:

1. Kỹ năng thực hiện quy trình được dạy cho sinh viên khi nào và ở đâu trong chương trình đào tạo?
2. Những kỹ năng được dạy là gì?
3. Khi nào thì sinh viên bắt đầu thực hiện quy trình với bệnh nhân? Lý tưởng là các thông điệp về an toàn bệnh nhân được lĩnh hội trước hoặc đồng thời với thời điểm đó.

#### Các chủ đề An toàn bệnh nhân cần được xem xét để đưa vào chương trình đào tạo kỹ năng quy trình

Những chủ đề an toàn bệnh nhân cũng phù hợp với mọi quy trình:

- Đường cong học tập. Hãy biết rằng so với một thầy thuốc dày kinh nghiệm thì sinh viên thiếu kinh nghiệm thường dễ gây tổn hại và/hoặc không thực hiện được một thủ tục nào đó. Có thể áp dụng những chiến lược nào để giảm thiểu tổn hại đồng thời vẫn giúp thực hiện được việc dạy và học? Ví dụ, vai trò của khâu chuẩn bị, lập kế hoạch kỹ càng, kiến thức cơ sở, quan sát hoặc những cán bộ y tế khác thực hiện quy trình, mô phỏng, giám sát,

phản hồi và theo dõi bệnh nhân (Chủ đề 2, 5 và 6);

- kiến thức cơ sở một cán bộ y tế cần phải có để nắm được một quy trình trước khi thực hiện (Chủ đề 6 và 10);
- biện pháp vô trùng phòng ngừa (Chủ đề 11);
- nguy cơ thông tin (Chủ đề 6 và 9);
- xác định đúng thông tin nhận dạng, đúng vị trí, đúng bệnh nhân (Chủ đề 10);
- theo dõi bệnh nhân (Chủ đề 2, 6, 9 và 10).

Học và ứng dụng an toàn bệnh nhân vào thực hành các quy trình cụ thể:

- những vấn đề thường gặp, nguy cơ/ bẫy, giải quyết vấn đề (Chủ đề 2 và 5);
- những biến chứng thường gặp và biến chứng nghiêm trọng, và cách giảm thiểu (Chủ đề 1 và 5);
- tư vấn cho bệnh nhân về theo dõi sau điều trị (Chủ đề 6 và 9);
- hiểu biết về thiết bị (Chủ đề 2);
- ứng dụng chung của các chủ đề an toàn bệnh nhân (tất cả các chủ đề).

#### Ví dụ. Xác định đúng bệnh nhân để lấy mẫu máu.

Ghi nhãn ống đựng mẫu máu như thế nào để tránh nhầm lẫn:

- ghi tên bệnh nhân ngay tại giường bệnh;
- kiểm tra tên bệnh nhân bằng câu hỏi mở;
- đảm bảo chắc chắn tên bệnh nhân và tên ghi trên ống đựng mẫu máu và phiếu yêu cầu lấy mẫu giống nhau, có nghĩa là “thực hiện kiểm tra ba chỗ”.

Có thể áp dụng nhiều phương pháp giảng dạy để giới thiệu các chủ đề toàn diện về an toàn bệnh nhân được ứng dụng trong thực hiện quy trình, ví dụ đọc tài liệu, thảo luận nhóm, buổi hướng dẫn học nhóm và các hoạt động trực tuyến.

Thời điểm thích hợp nhất để học các kiến thức và yêu cầu hoạt động của một chủ đề về an toàn bệnh nhân là khi sinh viên học về các bước trong quy trình. Có thể thực hiện việc đó trong buổi giảng dạy theo nhóm tại giường bệnh, sử dụng phương pháp mô phỏng trong kỹ năng phòng thí nghiệm, hay buổi giảng dạy theo nhóm không có thành phần dạy theo kiểu “cầm tay chỉ việc”. Có thể yêu cầu sinh viên đọc một bài báo hoặc hướng dẫn cụ thể nào đó trước khi tham dự buổi học.

Các buổi giảng dạy theo nhóm về những quy trình cụ thể sẽ tạo cơ hội tuyệt vời để củng cố các nguyên tắc chung, để dạy chi tiết về các ứng dụng của môn an toàn bệnh nhân cho một quy trình cụ thể, và để sinh viên được thực hành các thành phần hoạt động về an toàn bệnh nhân.

Ví dụ, nếu cơ sở giáo dục của bạn sử dụng phương pháp đào tạo mô phỏng theo kịch bản thực tế ảo để dạy sinh viên về quản lý thảm họa hoặc về một quy trình kỹ thuật hay điều trị cụ thể, thì sẽ có cơ hội để

kết hợp đào tạo nhóm vào chương trình. Thuận lợi của loại hình đào tạo này đối với mục tiêu kết hợp các thông điệp về an toàn bệnh nhân là các tình huống thiết thực phản ánh những thách thức của cuộc sống thực tế mà những kịch bản đó có thể tạo ra. Ví dụ, giữa việc biết cần phải làm gì trong một tình huống khẩn cấp khác với thực sự làm, nhất là khi làm việc theo nhóm. Những thành phần thực tiễn được giới thiệu là áp lực về thời gian, làm việc theo nhóm, thông tin liên lạc, sử dụng thiết bị thành thạo, ra quyết định trong hành động và hiểu biết về môi trường. Tương tự như các hình thức học qua trải nghiệm khác, luôn có cơ hội để thực hành các yêu cầu hoạt động thể hiện thực hành an toàn.

*Lưu ý:* Phương pháp đào tạo mô phỏng theo kịch bản thực tế ảo có thể rất hiệu quả cho việc học của sinh viên, song phương pháp này cũng có thể khá thách thức đối với họ và không phải lúc nào cũng là cách thoải mái để học tập. Nếu áp dụng phương pháp đó, quan trọng là phải chú ý tạo ra môi trường học an toàn và khích lệ. Có thể tham khảo phần nói về các nguyên tắc giáo dục cơ bản để biết thêm chi tiết về cách tạo môi trường học tập an toàn và khích lệ.

#### **Chương trình đào tạo kỹ năng**

Đào tạo kỹ năng bao gồm học cách hỏi về tiền sử sức khỏe, cách thực hiện thao tác khám bệnh phù hợp, lập luận lâm sàng, đọc kết quả xét nghiệm, chuẩn bị thuốc, và các kỹ năng quy trình và giao tiếp khác, như cung cấp thông tin, tư vấn và lấy cam kết tự nguyện.

Có thể sử dụng nhiều phương pháp để dạy cán bộ y tế các kỹ năng liên quan, như giảng dạy theo nhóm tại giường bệnh, chuẩn bị thuốc tại nhà thuốc, thực hành với bệnh nhân mô phỏng, thực hành với bạn học, xem băng video quay cách thực hành của chuyên gia, tham gia vào môi trường lâm sàng và thuyết trình về tình huống.

Hãy cân nhắc khi nào trường của bạn nên thực hiện chương trình đào tạo kỹ năng và thực hiện như thế nào.

Một số chủ đề an toàn bệnh nhân sẽ phù hợp để được đưa vào bất kỳ chương trình đào tạo kỹ năng nào. Và vì chương trình đó có thể tạo cơ hội thực hành các thành phần hoạt động về an toàn bệnh nhân, nên điều quan trọng là xây dựng những thói quen tốt ngay từ đầu. Hãy lưu ý là các buổi giảng dạy cho nhóm tại giường bệnh tạo nhiều cơ hội phong phú cho giảng viên thể hiện mô hình an toàn – ví dụ, giao tiếp lấy người bệnh làm trung tâm, vệ sinh bàn tay, dùng băng kiểm và quy trình chuẩn.

Đào tạo kỹ năng có thể tạo cơ hội cho sinh viên học và thực hành những thành phần hoạt động an toàn bệnh nhân sau:

- thông tin về nguy cơ;
- lấy cam kết;
- chấp nhận lời từ chối;
- thành thật với bệnh nhân;
- trao quyền cho bệnh nhân—giúp họ tham gia tích cực vào việc chăm sóc cho chính mình;
- thông tin đầy đủ cho bệnh nhân và gia đình họ;
- vệ sinh bàn tay;
- trọng tâm lấy người bệnh làm trung tâm trong quá trình hỏi về tiền sử sức khỏe và thực hiện các bước khám bệnh phù hợp;
- lý luận lâm sàng—sai sót trong chẩn đoán, cân nhắc giữa nguy cơ và lợi ích của các quy trình, kế hoạch điều tra và quản lý.

#### **Hợp tác với các giảng viên kiêm nhiệm tại khoa/phòng khám/cộng đồng và giảng viên dạy kỹ năng chuyên môn như thế nào**

Để có thể lồng ghép các nguyên tắc an toàn bệnh nhân xuyên suốt chương trình đào tạo, cần phải có sự hợp tác giữa nhiều giảng viên khác nhau, nhất là nếu muốn giảng dạy về an toàn bệnh nhân theo nhóm nhỏ và trong các buổi dạy kỹ năng.

Ở phần đầu của mục này chúng tôi đã đề cập là nhiều giáo viên sẽ chưa quen với các khái niệm an toàn bệnh nhân và một số kiến thức và yêu cầu hoạt động cụ thể sẽ khá mới mẻ với họ. Ví dụ, sinh viên có thể chứng kiến các cán bộ y tế ở cơ sở y tế hỏi tên bệnh nhân một cách vội vàng và thiếu tôn trọng, làm tắt một số bước, khiến có thể ảnh hưởng đến an toàn bệnh nhân, hay thể hiện thái độ “đổ lỗi và trách cứ” khi có trục trặc. Giảng viên sẽ cần phải suy ngẫm về thực hành của chính mình nếu muốn dạy về an toàn bệnh nhân được hiệu quả và làm khuôn mẫu cho người học.

Những chiến lược sau có thể hỗ trợ để thu hút các giáo viên tham gia giảng dạy về an toàn bệnh nhân:

- tổ chức tập huấn hoặc loạt bài giảng về an toàn bệnh nhân cho giảng viên;
- mời người nói chuyện để thúc đẩy an toàn bệnh nhân;
- thu hút/khích lệ giảng viên đưa an toàn bệnh nhân vào chương trình giảng dạy;
- kết hợp giảng dạy song song an toàn bệnh nhân cho các chương trình sau đại học;
- nêu rõ mục tiêu học tập về an toàn bệnh nhân trong bài giảng của giảng viên;
- cung cấp bài giảng về các chủ đề an toàn bệnh nhân của giảng viên;
- đánh giá nội dung về an toàn bệnh nhân trong các kỳ thi.

#### **Sử dụng nghiên cứu tình huống**

Chúng tôi đưa ra một số nghiên cứu tình huống cho mỗi chủ đề để minh họa vì sao chủ đề đó lại liên quan đến

an toàn bệnh nhân. Cách tốt nhất để sử dụng nghiên cứu tình huống là cho sinh viên/người hướng dẫn đọc tình huống đó và sau đó đưa ra một loạt vấn đề để thảo luận trong nhóm nhỏ hoặc tìm giải đáp cho một số câu hỏi liên quan đến tình huống đó. Hoặc có thể tổ chức một buổi làm việc tương tác với nhóm lớn. Chúng tôi cũng đưa ra một số câu hỏi gợi ý hoặc vấn đề để thảo luận sau mỗi nghiên cứu tình huống. Trọng tâm của các câu hỏi là giúp sinh viên tập trung vào các yếu tố chính hơn là vào những nhân vật liên quan.

**Xây dựng các nghiên cứu tình huống địa phương**  
Nghiên cứu tình huống có thể cho thấy cách không làm một việc gì đó (học từ kinh nghiệm tiêu cực) hoặc cách làm đúng một việc gì đó (học từ kinh nghiệm tích cực). Ví dụ nếu đang xây dựng một nghiên cứu tình huống cho chủ đề “làm thành viên tích cực của nhóm”, thì nghiên cứu tình huống địa phương sẽ có những thành phần của các nhóm quen thuộc với các cơ sở đào tạo, phòng khám hoặc bệnh viện địa phương.

Những bước mô tả sau đây sẽ giúp xây dựng các tình huống địa phương phù hợp với chủ đề dạy. Hãy xem lại các phần của mỗi chủ đề trong Tài liệu Hướng dẫn Chương trình giảng dạy, trong đó nêu:

- sự phù hợp của chủ đề đó với môi trường làm việc;
- mục tiêu học tập của chủ đề. Viết các hoạt động được tóm tắt trong mục tiêu.

Có thể tìm nghiên cứu tình huống trong:

- Tài liệu Hướng dẫn Chương trình giảng dạy; hoặc
- Nhờ điều dưỡng, nữ hộ sinh, nha sĩ, dược sĩ, bác sĩ và các cán bộ y tế khác trong bệnh viện hoặc phòng khám cung cấp những tình huống giống như vậy.

Xây dựng một câu chuyện thực trong đó có các thành phần nêu trong mục tiêu học tập.

Hoàn cảnh trong nghiên cứu tình huống cần quen thuộc với sinh viên và các cán bộ y tế. Ví dụ, nếu ở địa phương không có dịch vụ nhà thuốc, nghiên cứu tình huống cũng phải thể hiện điều đó.

**Sửa lại các nghiên cứu tình huống trong Tài liệu Hướng dẫn Chương trình giảng dạy như thế nào**  
Phần lớn những nghiên cứu tình huống trong tài liệu này được viết để minh họa một hành vi hoặc quy trình. Nhiều tình huống mà chúng tôi chọn và do các thành viên hoặc đồng nghiệp của Nhóm Chuyên gia của WHO cung cấp có liên quan đến nhiều hơn một chủ

đề, ví dụ như nhận thức về sai sót, thông tin liên lạc, làm việc theo nhóm và thu hút sự tham gia của bệnh nhân. Chúng tôi đã liệt kê tất cả các tình huống theo mỗi chủ đề theo chúng tôi nghĩ có thể sử dụng để minh họa một mục tiêu học tập phù hợp.

Các loại tình huống khác nhau đã được sử dụng, từ dịch vụ y tế phụ thuộc vào công nghệ tới những dịch vụ tiếp cận hạn chế. Điều đó có nghĩa là nhiều nghiên cứu tình huống đó sẽ áp dụng được cho phần lớn các chương trình y tế; nếu không thì có thể sửa lại nghiên cứu tình huống đó bằng cách thay đổi môi trường mà tình huống xảy ra. Cũng có thể đưa một nhân viên y tế khác vào tình huống nếu ở địa phương không có nhân viên mô tả trong nghiên cứu tình huống mẫu đó. Ví dụ bệnh nhân có thể đổi từ nam thành nữ và ngược lại (với điều kiện phù hợp về mặt văn hóa), bệnh nhân có thể có người nhà ở đó hoặc không, hoặc có thể là người nông thôn hoặc thành thị. Sau khi sửa lại một nghiên cứu tình huống cho phù hợp với hoàn cảnh điều kiện của địa phương, hãy đưa nghiên cứu tình huống đó cho một đồng nghiệp để họ đánh giá xem có hợp lý và phù hợp với chủ đề, với môi trường và điều kiện hoàn cảnh địa phương không.

## 7. Những nguyên tắc giáo dục cơ bản cho việc dạy và học về an toàn bệnh nhân

Để việc giảng dạy về an toàn bệnh nhân mang lại kết quả thực hành an toàn và cải thiện kết quả chăm sóc cho bệnh nhân, việc giảng dạy môn học này cần phải có ý nghĩa đối với sinh viên. Cũng như bất kỳ môn học nào khác, một trong những thách thức chính là đảm bảo ứng dụng kiến thức được học vào môi trường làm việc. Giảng viên làm thế nào để khuyến khích sinh viên áp dụng kiến thức một cách thực tiễn trong môi trường làm việc thực tiễn?

Những chiến lược sau có thể có ích.

### Tình huống có tính phù hợp cao khi dạy về an toàn bệnh nhân

#### Đặt nguyên tắc an toàn bệnh nhân vào tình huống

Các nguyên tắc an toàn bệnh nhân cần được làm cho phù hợp với các hoạt động thường ngày của nhân viên y tế. Mục đích là chỉ cho sinh viên thấy khi nào có thể áp dụng kiến thức an toàn bệnh nhân vào thực hành và áp dụng thế nào. Có nghĩa là dùng các ví dụ mà sinh viên có thể có liên quan.

#### Dùng những ví dụ thực tế với môi trường giảng dạy của bạn

Hãy nghĩ tới loại hình công việc mà đa số sinh viên của bạn sẽ làm sau khi tốt nghiệp và luôn nhớ tới điều đó khi lựa chọn tình huống lâm sàng để lồng ghép giảng dạy về an toàn bệnh nhân. Đưa ra một trường hợp suy dinh dưỡng, béo phì hoặc sốt rét sẽ không hữu ích nếu những bệnh đó rất hiếm gặp ở cơ sở thực hành của bạn. Hãy sử dụng những tình huống thường gặp và phù hợp với đa số sinh viên.

#### Xác định những ứng dụng thực tiễn

Giúp sinh viên xác định những tình huống họ có thể áp dụng kiến thức và kỹ năng an toàn bệnh nhân đã học. Qua đó họ sẽ có khả năng nhận biết cơ hội để thực hành an toàn tốt hơn khi gặp.

Ví dụ, xác định đúng bệnh nhân có ý nghĩa quan trọng trong những trường hợp sau:

- Chuyển mẫu máu đi;
- Cho bệnh nhân uống thuốc;
- Ghi thông tin vào phiếu yêu cầu chẩn đoán hình ảnh;
- Viết hồ sơ bệnh án;
- Ghi vào biểu đồ sử dụng thuốc của bệnh nhân;
- Thực hiện các quy trình;
- Làm việc với bệnh nhân gặp khó khăn trong giao tiếp;
- Trao đổi thông tin với gia đình và người nhà bệnh nhân;
- Giới thiệu bệnh nhân cho các chuyên gia y tế khác.

#### Dùng những ví dụ được quan tâm hoặc sẽ sớm phù hợp với sinh viên

Hãy dùng những tình huống mà sinh viên có thể gặp khi họ bắt đầu đi làm và/hoặc vị trí khi họ thực tập. Ví dụ, nếu buổi học là về một người có quan điểm ủng hộ bệnh nhân, thì sẽ tốt hơn nhiều nếu dùng ví dụ về một sinh viên thuyết phục một nhân viên y tế cấp cao hơn so với ví dụ về một nhân viên y tế cấp cao hơn cần góp ý kiến với lãnh đạo bệnh viện. Như vậy sự phù hợp của học liệu sẽ rõ ràng hơn với sinh viên, kết quả là họ có hứng thú học hơn. Tham khảo ví dụ dưới đây.

### Tình huống ví dụ

Khi đang theo dõi một ca mổ, một sinh viên điều dưỡng nhận thấy bác sĩ mổ đang đóng vết mổ lại trong khi vẫn còn một miếng bông gạc trong người bệnh nhân. Sinh viên đó không rõ liệu bác sĩ mổ có biết về miếng bông gạc đó không và bản khoản không biết có nên nhắc bác sĩ không.



### Cho sinh viên cơ hội áp dụng kiến thức và kỹ năng an toàn bệnh nhân của mình

Khi cho sinh viên cơ hội thực hành “thực hành an toàn”, ta hi vọng những hành vi như vậy sẽ trở thành thói quen và sinh viên sẽ dễ tiếp cận với các tình huống lâm sàng với quan điểm an toàn bệnh nhân.

Thực hành an toàn có thể thực hiện ngay khi sinh viên bắt đầu quá trình đào tạo—ví dụ như:

- Khi tự học hoặc được hướng dẫn theo nhóm, ví dụ động não tìm giải pháp cho các tình huống nguy cơ;
- Trong tình huống mô phỏng, ví dụ kỹ năng xét nghiệm, phòng xét nghiệm mô phỏng, đóng vai;
- Trong môi trường lâm sàng, ví dụ vệ sinh tay khi thăm khám cho bệnh nhân, xác định đúng bệnh nhân để lấy máu;
- Tương tác với bệnh nhân—khi tư vấn, sinh viên có thể thực hành việc khuyến khích bệnh nhân nắm được thông tin, thắc mắc, và chủ động đảm bảo việc chăm sóc được thực hiện theo kế hoạch.

### Tạo môi trường học tập hiệu quả

Các khía cạnh của môi trường học cũng có thể tác động tới hiệu quả dạy và học. Môi trường học tập lý tưởng là một môi trường an toàn, khích lệ, hào hứng và thu hút.

### Môi trường học tập an toàn và khích lệ

Môi trường học tập an toàn và khích lệ là môi trường trong đó sinh viên:

- cảm thấy thoải mái khi hỏi những câu hỏi “ngu”;
- sẵn sàng nói ra những gì họ không hiểu;
- chia sẻ những điều mình hiểu một cách trung thực và cởi mở.

Những sinh viên cảm thấy an toàn và được khích lệ thường sẵn sàng học hỏi hơn, thích thú khi được thách thức và sẵn sàng tham gia tích cực vào hoạt động học hơn.

Nếu sinh viên cảm thấy không an toàn và không được khích lệ, họ sẽ có xu hướng miễn cưỡng để lộ những chỗ hổng trong kiến thức của mình và ít tích cực tham gia hoạt động học vì sợ bị bẽ mặt hoặc coi thường trước giáo viên và bạn học. Mục tiêu hàng đầu của sinh viên đó sẽ là tự bảo vệ hơn là học hỏi. Chú ý xây dựng một môi trường học tập an toàn và khích lệ không chỉ làm quá trình học vui hơn, mà quan trọng hơn, là khiến việc học trở nên hiệu quả hơn. Giáo viên có vai trò quan trọng trong việc tạo môi trường học tập thoải mái cho sinh viên.

Gợi ý cho việc tạo môi trường học tập an toàn và khích lệ:

- Giáo viên tự giới thiệu mình với sinh viên và mời họ tự giới thiệu. Tô ra quan tâm tới từng sinh viên và quan

tâm tới việc học của họ.

- Khi bắt đầu buổi học, hãy giải thích sẽ tổ chức buổi học đó thế nào. Làm như vậy sẽ cho sinh viên biết cần trông chờ những gì, và họ sẽ phải làm gì.
- Hướng cho sinh viên vào môi trường mà bạn dạy. Điều này đặc biệt quan trọng nếu bạn dạy tại nơi làm việc, môi trường lâm sàng, hay một môi trường mô phỏng. Sinh viên cần biết họ sẽ phải làm gì nếu họ ở một môi trường mới.

### Mô phỏng

Môi trường mô phỏng có thể gây bối rối vì một vài khía cạnh là có thật, còn những khía cạnh khác lại không, còn người học lại được yêu cầu phải giả vờ là một số khía cạnh là có thật. Hãy chắc chắn là sinh viên hiểu mức độ thực tế ảo cần có để đóng vai và bạn muốn họ xử trí tình huống đó thật như thế nào. Có thể một sinh viên điều dưỡng sẽ thấy ngỡ ngàng khi phải nói chuyện với một cánh tay giả làm dụng cụ thực hành đặt ống thông tĩnh mạch (IV) như nói chuyện với người thật khi ý định của giảng viên là chỉ dùng thực hành đặt ống thông tĩnh mạch để thể hiện phần việc thực hiện bằng tay của nhiệm vụ.

- Mời sinh viên đặt câu hỏi và phát biểu nếu có gì họ không hiểu. Như vậy là chuyển thông điệp của bạn rằng không biết là điều bình thường.
- Đừng bao giờ chỉ trích hoặc chế giễu một sinh viên vì họ thiếu kiến thức hay thực hành kém. Tốt hơn bạn hãy coi đó là cơ hội học hỏi của sinh viên đó.
- Nếu cần sinh viên tham gia tích cực, hãy hỏi xem có ai xung phong không chứ đừng chỉ định.
- Cân nhắc việc tự bạn thể hiện cách làm một việc gì đó trước khi yêu cầu sinh viên làm. Ví dụ, khi dạy về cách khử trùng trên da trước khi tiêm, sẽ hữu hiệu hơn nếu bạn bắt đầu bằng việc thị phạm cách làm đúng, hơn là gọi một sinh viên làm việc đó trước mặt các bạn khi em đó chưa được dạy cách làm và mắc lỗi cần phải sửa.
- Khi hỏi cả lớp, tốt nhất là nêu câu hỏi trước, để cho sinh viên có thời gian suy nghĩ về câu hỏi, sau đó tìm người trả lời. Tránh

- không gọi một sinh viên trước khi đưa ra câu hỏi. Một số sinh viên sẽ thấy sợ và có thể không nghĩ được rành mạch nếu cả lớp chờ câu trả lời của họ.
- Nếu là giáo viên mà bạn bị hỏi một câu hỏi mà bạn không trả lời được, thì đừng giấu giếm điều đó hoặc xin lỗi vì mình không biết. Ứng phó theo kiểu đó có nghĩa là gửi thông điệp cho sinh viên rằng không biết là không thể chấp nhận được. Một trích dẫn hữu ích cần nhớ là “ba từ quan trọng nhất trong giáo dục y khoa là “Tôi không biết”” [1].
  - Khi nhận xét về hoạt động của sinh viên trong môi trường thực hành (hoặc mô phỏng), hãy nhận xét theo kiểu đối thoại. Hãy hỏi ý kiến sinh viên trước khi đưa ra ý kiến của mình và nhận xét cả về những điểm sinh viên đã làm tốt và những lĩnh vực cần phải chú ý nhiều hơn. Giúp sinh viên xây dựng kế hoạch khắc phục những lĩnh vực cần lưu ý nhiều hơn.

### Môi trường học tập hào hứng và thu hút

Những sinh viên cảm thấy được giáo viên đòi hỏi phải nỗ lực có xu hướng học nhanh hơn. Một môi trường học tập hào hứng là môi trường trong đó sinh viên được khuyến khích suy nghĩ và làm việc theo phương pháp mới. Các giả thiết bị thách thức và kỹ năng mới được xây dựng. Sinh viên đánh giá cao các hoạt động học tập như vậy. Điều quan trọng là nhấn mạnh sự khác biệt giữa môi trường học tập hào hứng và môi trường học tập làm người học e ngại. Một môi trường học tập an toàn và khích lệ là tiền đề để kích thích hứng thú học tập của sinh viên. Khi sinh viên cảm thấy an toàn và được ủng hộ, họ cởi mở hơn và sẵn sàng chấp nhận thách thức, khi được thách thức họ sẽ càng thích tham gia vào quá trình học tập hơn.

Một khía cạnh quan trọng nữa của dạy học hiệu quả là thu hút được sinh viên bằng các hoạt động học tập đòi hỏi họ phải động não, phải nói và hoạt động chứ không chỉ nghe. Tránh những hoạt động mà sinh viên chỉ thụ động nhận thông tin. Hoạt động càng sôi nổi càng có tác động đối với việc học tập của sinh viên.

Các hoạt động học thực nghiệm như phỏng vấn bệnh nhân, thực hành một kỹ năng quy trình trong hội thảo và đóng vai thường rất thu hút, đơn giản bởi thực tế là những hoạt động đó đòi hỏi sinh viên phải làm việc. Làm việc theo nhóm nhỏ cũng có thể lôi cuốn do tính chất hợp tác của hoạt động đó, bởi xu hướng của tình huống khơi gợi thắc mắc trong tâm trí người học, và do sự cần thiết phải giải quyết vấn đề.

Để có được những bài giảng thu hút sinh viên có thể là một thách thức. Những chiến lược dưới đây có thể sẽ có ích cho bạn:

- Cố gắng tạo tương tác với sinh viên;
- Nêu câu hỏi cho sinh viên;
- Cho sinh viên thảo luận một vấn đề hoặc chia sẻ kinh nghiệm trong nhóm 2 người;

- Kể một câu chuyện để minh họa một quan điểm;
- Sử dụng các ví dụ về tình huống hoặc những vấn đề mà sinh viên dễ dàng liên hệ để mở đầu bài giảng;
- Liên hệ khái niệm lý thuyết với ví dụ cụ thể;
- Cho sinh viên nhận xét phê phán một đoạn băng ghi hình, một tình huống, lời nói, giải pháp hay vấn đề.

Những hoạt động học như quan sát một hoạt động của bệnh viện hay phòng khám, đọc một bài báo hay quan sát một quy trình có thể trở nên thu hút hơn nếu sinh viên có bài tập để hoàn thành như một phần của quy trình. Lý tưởng nhất là bài tập đó có thể giúp sinh viên phát triển kỹ năng tư duy phê phán. Ví dụ nếu sinh viên được yêu cầu tham gia các buổi họp bình duyệt, họ có thể được cho trước một số câu hỏi để trả lời dựa trên quan sát của mình.

### Phong cách dạy học

Mỗi giảng viên có phong cách dạy học ưa thích riêng của mình nếu được lựa chọn [2]. Phong cách được ưa thích thường được quyết định bởi kết hợp nhiều niềm tin của giảng viên đó về phương pháp dạy hiệu quả nhất, thái độ của họ, và cách làm mà họ thấy thoải mái nhất.

Phong cách có thể phong phú, từ cách dạy mà giáo viên là người dẫn dắt, đóng vai trò chuyên gia và truyền đạt thông tin cho người học thông qua bài giảng hay thể hiện cách thực hiện một hoạt động gì đó thông qua làm mẫu, tới cách tiếp cận lấy người học làm trung tâm, với giáo viên chỉ đơn giản tạo thuận lợi cho sinh viên tự học và học hỏi từ bạn học—ví dụ như học theo nhóm nhỏ và làm việc theo dự án. Những giáo viên áp dụng cách tiếp cận lấy người học làm trung tâm có thể coi vai trò của mình chỉ là người thúc đẩy và hướng dẫn sinh viên khi họ thực hiện hoạt động học tập. Kỹ năng của người giáo viên có thể ở chỗ xây dựng các hoạt động học tập thu hút sinh viên, tổ chức thảo luận nhóm, đưa ra những câu hỏi kích thích tư duy, và/hoặc cung cấp phản hồi hiệu quả.

Mỗi phong cách dạy có ưu và nhược điểm khác nhau tùy theo nội dung giảng dạy, số lượng sinh viên, và phong cách học ưa thích của sinh viên (nếu được biết), năng lực của giáo viên, thời gian và nguồn lực sẵn có cho buổi dạy. Ưu điểm của cách tiếp cận lấy người học làm trung tâm gồm có: khuyến khích hợp tác, giao tiếp và kỹ năng chủ động giải quyết vấn đề theo nhóm trong sinh viên—tất cả đều là những kinh nghiệm hữu ích để trở thành thành viên của nhóm tại nơi làm việc. Sẽ có ích nếu nhận thức được không chỉ về phong cách dạy ưa thích của

bạn, mà cả ý thức được về các cách dạy khác có thể có hiệu quả tương tự trong những hoàn cảnh cụ thể. Khả năng áp dụng linh hoạt được khuyến khích. Có thể là bạn sẽ cần điều chỉnh phương pháp dạy thường dùng của mình cho phù hợp với thiết kế giảng dạy tổng thể của chương trình dạy của bạn.

Harden xác định sáu vai trò quan trọng của người giáo viên như sau [3] :

- người cung cấp thông tin;
- khuôn mẫu;
- người tổ chức;
- người đánh giá;
- người lập kế hoạch;
- người tạo nguồn lực.

Với tư cách người cung cấp thông tin trong lĩnh vực an toàn bệnh nhân, điều quan trọng là bạn phải có đầy đủ thông tin về lĩnh vực đó. Điều đó đòi hỏi phải có kiến thức về các nguyên tắc cơ bản về an toàn bệnh nhân, vì sao ATBN lại quan trọng ở nơi làm việc và trong môi trường lâm sàng, và những nhân viên y tế nào có thể thúc đẩy an toàn bệnh nhân ở cơ sở y tế. Dành thời gian suy ngẫm về cách mình thực hành và các cách tiếp cận nguy cơ ở nơi làm việc sẽ giúp xác định những vấn đề phù hợp cần dạy cho sinh viên. Có nhiều cách mà giáo viên có thể làm để làm mẫu thực hành an toàn. Khi bạn thực hành ATBN với người bệnh, sinh viên sẽ nhận biết bạn làm thế nào để:

- giao tiếp với bệnh nhân và người nhà bệnh nhân;
- tôn trọng mong muốn của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân;
- thông báo với bệnh nhân và người nhà bệnh nhân về nguy cơ;
- cân nhắc nặng nhẹ giữa nguy cơ và lợi ích khi quyết định kế hoạch quản lý;
- trả lời câu hỏi và khuyến khích bệnh nhân và người nhà bệnh nhân hỏi;
- rửa tay sau khi khám cho mỗi bệnh nhân;
- áp dụng cách tiếp cận theo nhóm;
- sẵn sàng tiếp thu lời khuyên của đồng nghiệp;
- chấp hành quy tắc nơi làm việc;
- nhận biết những điều không chắc chắn;
- nhận biết và học hỏi từ sai sót của chính mình và của người khác [4];
- các vấn đề của hệ thống giải quyết vướng mắc;
- quan tâm chăm sóc bản thân và đồng nghiệp.

Bạn có thể là một giáo viên dạy về an toàn bệnh nhân rất hiệu quả chỉ đơn giản bằng cách là một cán bộ y tế thực hành an toàn trước sự chứng kiến của những sinh viên đang hào hứng học hỏi.

### **Quan tâm đến bệnh nhân trong dạy và học về an toàn bệnh nhân**

Giáo dục về an toàn bệnh nhân có thể được lồng ghép vào nhiều tình huống giáo dục khác nhau, từ môi trường thực hành

lâm sàng tới giảng đường và phòng hướng dẫn nhóm, chỉ đơn giản bằng cách ý thức được khi nào có cơ hội dạy và học

Những câu hỏi lửng sau đây có thể gợi ý cho bạn về cách tạo cơ hội học về an toàn bệnh nhân:

- những mối đe dọa đối với bệnh nhân ở đây là...
- chúng ta cần phải lưu ý đến những gì trong tình huống này...
- chúng ta có thể giảm thiểu nguy cơ như thế nào...
- điều gì có thể khiến cho tình huống trở nên có nguy cơ cao hơn với bệnh nhân...
- chúng ta phải làm gì nếu xảy ra vấn đề X...
- kế hoạch B của chúng ta là gì...
- ta sẽ phải nói gì với bệnh nhân nếu vấn đề X xảy ra...
- trách nhiệm của chúng ta là gì...
- ai có thể giúp đỡ trong tình huống này... các nhân viên y tế khác? Bệnh nhân?
- Chuyện gì xảy ra vậy? Làm sao chúng ta ngăn chặn được chuyện đó trong tương lai ...
- Chúng ta rút ra được bài học gì từ tình huống này...
- Hãy cân nhắc giữa nguy cơ và lợi ích của kế hoạch mà bạn đề xuất ...

Một số bài giảng tốt nhất mà sinh viên sẽ được học là từ bệnh nhân. Vai trò của người bệnh trong đào tạo y khoa đã có lịch sử từ lâu, thường là liên quan tới mô tả trải nghiệm bệnh tật của họ. Song bệnh nhân cũng có thể dạy sinh viên về giao tiếp, truyền thông nguy cơ, ý đức, ứng phó với biến cố bất lợi, và nhiều thứ khác nữa.

### **Lưu ý**

Hãy nhớ rằng sinh viên có thể thấy nản chí nếu nhấn mạnh một cách quá mức vào nguy cơ, sai sót, và tổn hại đối với bệnh nhân. Một giáo viên dạy về an toàn bệnh nhân hiệu quả sẽ có khả năng cân bằng được điều đó bằng cách nói về những khía cạnh tích cực của lĩnh vực an toàn bệnh nhân, như các giải pháp cho vấn đề, tiến bộ trong lĩnh vực an toàn bệnh nhân, và trang bị cho sinh viên các chiến lược cụ thể để cải thiện thực hành của mình. Một điều quan trọng nữa là nhắc sinh viên về thành công của nhiều ca điều trị cho bệnh nhân. An toàn bệnh nhân là làm cho hiệu quả chăm sóc tốt hơn.



## Công cụ và tài liệu học tập

Chùm sách *Teaching on the run* được các bác sĩ lâm sàng Australia xây dựng và phù hợp với đào tạo y khoa tại cơ sở y tế nơi có rất nhiều yêu cầu đối với các giảng viên đồng thời cũng là bác sĩ (<http://www.meddent.uwa.edu.au/teaching/on-the-run/tips>; truy cập 4 /1/ 2011).

Trung tâm Quốc gia về an toàn bệnh nhân – Bộ Cựu chiến binh Hoa kỳ ([www.patientsafety.gov](http://www.patientsafety.gov); truy cập 17 /2/2011).

Cantillon P, Hutchinson L, Wood D, eds. *ABC*

*of learning and teaching in medicine*, 2nd ed. London, British Medical Journal Publishing Group, 2010.

Sandars J, Cook G, eds. *ABC of patient safety*. Malden, MA, Blackwell Publishing Ltd, 2007.

Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health care: a guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, Ashgate Publishing Ltd, 2007.

#### **Tài liệu tham khảo**

1. “I don’t know”: the three most important words in education. *British Medical Journal*, 1999, 318:A.
2. Vaughn L, Baker R. Teaching in the medical setting: balancing teaching styles, learning styles and teaching methods. *Medical Teacher*, 2001, 23:610–612.
3. Harden RM, Crosby J. Association for Medical Education in Europe Guide No 20: The good teacher is more than a lecturer: the twelve roles of the teacher. *Medical Teacher*, 2000, 22:334–347.
4. Pilpel D, Schor R, Benbasset J. Barriers to acceptance of medical error: the case for a teaching programme. *Medical education*, 1998, 32:3–7.

# 8. Hoạt động hỗ trợ hiểu biết về an toàn bệnh nhân

## Giới thiệu

Sinh viên các chuyên ngành y tế đã quen với việc học những thông tin mới bằng cách nghiên cứu và làm việc chăm chỉ để áp dụng những kiến thức và kỹ năng mới vào thực hành chăm sóc bệnh nhân. Trong trường hợp kiến thức và kỹ năng về an toàn bệnh nhân, nếu chỉ “cố gắng hơn nữa” sẽ chưa đủ [1]. Do đó cần cần nhắc nhiều về thời gian và hình thức giảng dạy.

Mục tiêu của chương này là vạch ra các chiến lược có thể sử dụng để hỗ trợ hiểu biết về an toàn bệnh nhân. Những chiến lược này cũng giống nhiều chiến lược dạy học để dạy về những khía cạnh khác của hoạt động chăm sóc sức khỏe. Thách thức đối với giảng viên là xem xét xem các thành phần của an toàn bệnh nhân có thể được kết hợp vào các hoạt động dạy và học không. Nếu có thì tránh để các chủ đề an toàn bệnh nhân bị coi là “thêm thắt” – và làm mất thêm công sức dạy – chứ không phải đơn giản là một phần của cách tiếp cận toàn diện đối với đào tạo y tế.

Một nguyên tắc cơ bản, phù hợp với các nguyên tắc giảng dạy hiệu quả, là cần tăng tối đa các cơ hội để “chủ động học tập”, qua đó sinh viên tham gia vào quy trình học một cách có ý nghĩa, hơn là chỉ thụ động tiếp nhận thông tin.

Học tập chủ động có thể được tóm tắt trong câu nói sau [2]:

***Đừng kể cho sinh viên nghe khi bạn có thể chỉ cho họ thấy, và đừng chỉ cho họ thấy khi sinh viên có thể tự làm được***

Lowman đã phác ra một số chiến lược dạy học để tăng hiệu quả của học tập chủ động, bao gồm [3]:

- Sử dụng thông tin hấp dẫn với người học và về những sự kiện có thực;
- Đưa ra các tài liệu sinh động hoặc kích thích thảo luận;
- Thường cho người học;

- Kết nối các ý tưởng với càng nhiều chủ đề càng tốt;
- Kích hoạt những kiến thức sẵn có bằng cách kiểm tra trước và bằng các bản đồ khái niệm, và thông tin nền;
- Lôi cuốn người học bằng cách thỉnh thoảng đưa ra những chủ đề khó hơn;
- Thụ phạm những hành vi mà bạn muốn khuyến khích.

## Bài giảng

Trong hình thức dạy này [4], giáo viên trình bày một chủ đề với một lớp đông sinh viên. Bài giảng theo hình thức truyền thống này thường thực hiện trong lớp học/giảng đường; tuy nhiên gần đây một số trường đại học đã cho sinh viên được lựa chọn nghe bài giảng trực tuyến qua chương trình podcast.

Bài giảng cần có hai phần sau:

- Mục tiêu chung – thể hiện chủ đề khái quát của bài giảng, ví dụ mục tiêu của bài giảng này là giới thiệu với các em về chủ đề an toàn bệnh nhân;
- Mục tiêu cụ thể liên quan trực tiếp tới việc học tập và có thể đạt được khi kết thúc buổi học, ví dụ khi kết thúc buổi học sinh viên có thể liệt kê ba nghiên cứu chính nêu bật mức độ tổn hại mà cung ứng y tế gây ra cho bệnh nhân.

Các bài giảng thường thực hiện trong khoảng 45 phút vì sau thời gian đó khả năng tập trung của người học sẽ giảm. Do đó điều quan trọng là bài giảng không dùng quá nhiều kiến thức – mỗi bài giảng chỉ nên tập trung vào bốn đến năm điểm chính là nhiều nhất.

Bài giảng thường được cấu trúc như sau, với ba thành phần chính (giới thiệu, thân bài, kết thúc):

- Phần giới thiệu, hay đặt vấn đề, là phần đầu của bài giảng khi giảng viên giải thích vì sao chủ đề sắp giới thiệu lại quan trọng và sơ lược về các mục tiêu của buổi học;
- Phần thân bài là nội dung chính của bài giảng;
- Phần kết luận thường nhắc lại các mục tiêu và những điểm chính của bài giảng.



*Lợi ích:*

- có khả năng truyền tải thông tin cho số lượng đông sinh viên trong một lần;
- hữu hiệu để cung cấp tổng quan về các chủ đề khái quát, truyền tải thông tin thực tế và giới thiệu các khái niệm lý thuyết;
- cung cấp thông tin và ý tưởng cập nhật không dễ tiếp cận trong bài đọc hay báo cáo;
- có thể giải thích hoặc nói tỉ mỉ về các khái niệm và ý tưởng khó và cách xử lý những khái niệm/ý tưởng đó.

*Thách thức:*

- thu hút số lượng đông sinh viên tích cực tham gia;
- sinh viên các năm cuối và nhân viên cấp dưới thường thích những kỹ thuật dạy học qua trải nghiệm hơn là bài giảng;
- kỹ năng thuyết trình;
- thường phần nào phụ thuộc vào công nghệ;
- nội dung (tồn tại do chăm sóc y tế) có thể làm người học mất hứng thú.

*Ví dụ:*

- Chủ đề 1: an toàn bệnh nhân là gì?
- Chủ đề 2: vì sao áp dụng yếu tố con người lại quan trọng đối với an toàn bệnh nhân.

**Vừa học vừa thực hành tại vị trí lâm sàng**

Thực hiện việc giảng dạy trong khi đi buồng, trong các buổi dạy tại phòng khám khoặc bên giường bệnh nhân.

*Lợi ích:*

- thực hiện giảng dạy trong khi đi buồng, trong các buổi dạy tại phòng khám khoặc bên giường bệnh nhân là cơ hội lý tưởng để dạy và quan sát cách lấy thông tin tiền sử sức khỏe và kỹ năng thăm khám, cũng như các kỹ năng giao tiếp và tương tác liên cá nhân—giáo viên cũng có thể thị phạm thực hành an toàn, y đức và chuyên môn;
- có thể dạy về các vấn đề an toàn bệnh nhân ở bất kỳ đâu trong môi trường làm việc và trong tình huống thực;
- thật—do đó có tính phù hợp cao;
- hấp dẫn và lôi cuốn.

*Thách thức:*

- thiếu thời gian do áp lực công việc;
- thiếu kiến thức về cách kết hợp các chủ đề an toàn bệnh nhân vào buổi dạy tại giường bệnh;
- có tính cơ hội—khó chuẩn bị trước và thường khó thực hiện một chương trình thống nhất.

*Ví dụ:*

- Chủ đề 9: Phòng và kiểm soát nhiễm khuẩn (các vấn đề liên quan đến rửa tay ở nơi làm việc).
- Chủ đề 10: An toàn bệnh nhân và thủ thuật xâm lấn (bao gồm các quy trình xác định người bệnh).

## Công cụ và tài liệu học tập

Chùm sách *Teaching on the run* được các bác sĩ lâm sàng Australia xây dựng và phù hợp với đào tạo y khoa tại cơ sở y tế nơi có rất nhiều yêu cầu đối với các giảng viên đồng thời cũng là bác sĩ

(<http://www.meddent.uwa.edu.au/teaching/on-the-run/tips>; truy cập 4 /1/ 2011).

### Hoạt động nhóm nhỏ–học với những người khác

Hoạt động học tập này diễn ra khi sinh viên học theo nhóm nhỏ, thường với một trợ giảng, nhưng cũng có thể là một bệnh nhân. Đặc điểm chính của cách học này là sự tham gia và hoạt động tương tác của sinh viên liên quan tới một vấn đề cụ thể, song sinh viên có trách nhiệm nhiều hơn đối với việc học của mình, ví dụ làm việc theo dự án.

#### Lợi ích:

- chia sẻ câu chuyện của chính mình;
- lắng nghe câu chuyện của bệnh nhân;
- học hỏi từ bạn học;
- nhiều quan điểm khác nhau;
- học các kỹ năng làm việc nhóm và giao tiếp.

#### Thách thức:

- động lực nhóm;
- vấn đề nguồn lực liên quan đến thời gian hướng dẫn;
- kinh nghiệm chuyên môn của trợ giảng.

#### Ví dụ:

- Chủ đề 2: Vì sao áp dụng yếu tố con người lại quan trọng đối với an toàn bệnh nhân (cần nhắc các yếu tố con người khi sử dụng những trang thiết bị thường dùng).
- Chủ đề 4: làm thành viên tích cực của nhóm (làm việc theo nhóm tại nơi làm việc hay môi trường lâm sàng).

## Công cụ và tài liệu học tập

*Learning to use patient stories*. NHS Evidence - innovation and improvement

(<http://www.library.nhs.uk/improvement/vicwResoUrce.aspx?resID=384118>;

Truy cập 4 /1/ 2011).

Beyea SC, Killen A, Knox GE. Learning from stories—a pathway to patient safety. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 2004, 79, 224-226.

Tài liệu Hướng dẫn Chương trình giảng dạy này:

- Giúp các tổ chức chăm sóc sức khỏe và các nhóm trong những tổ chức đó triển khai thực hiện thành công một loạt các can thiệp nhằm cải thiện an toàn và chất lượng chăm sóc cho người

bệnh;

- được xây dựng trên cơ sở tập hợp và sử dụng các câu chuyện của bệnh nhân;
- chỉ ra phương pháp lựa chọn những câu chuyện có hiệu quả nhất từ mọi thành viên trong xã hội –bệnh nhân, người chăm sóc, người bảo hộ và nhân viên y tế;
- cho thấy mọi người đều có nhận định riêng và có giá trị như nhau về kinh nghiệm chăm sóc y tế của mình.

### Thảo luận tình huống

Là thảo luận theo nhóm sinh viên – thường với một trợ giảng–về một tình huống lâm sàng.

#### Lợi ích:

- có thể sử dụng tình huống có thực hoặc giả tưởng để minh họa các nguyên tắc an toàn bệnh nhân;
- được đặt vào tình huống thực–làm cho các khái niệm thực và phù hợp hơn;
- học cách giải quyết vấn đề khi gặp phải tại nơi làm việc;
- cho phép liên kết các khái niệm trừu tượng với tình huống thực.

#### Thách thức:

- lựa chọn/xây dựng các tình huống thực tiễn để khuyến khích sinh viên tham gia thảo luận tích cực;
- sử dụng tình huống hiệu quả để khuyến khích tư duy và tạo cơ hội học sâu;
- khuyến khích sinh viên tự tạo ra tình huống có vấn đề và giải quyết.

## Công cụ và tài liệu học tập

Phân tích sự cố của bệnh viện lớn, phòng khám hoặc nơi làm việc.

Số liệu hàng tuần về bệnh tật và tử vong - Cơ quan Nghiên cứu và Quản lý Chất lượng chăm sóc sức khỏe (<http://webmm.ahrq.gov/>; truy cập 4 /1/ 2011).

### Trò chơi

Trò chơi tạo không khí vui vẻ, bao gồm từ trò chơi điện tử tới trò chơi đóng vai theo tình huống.

#### Lợi ích:

- vui, hấp dẫn;
- hào hứng;
- có thể minh họa cho làm việc theo nhóm, giao tiếp.

*Thách thức:*

- liên hệ trò chơi với môi trường làm việc;
- xác định rõ mục đích của trò chơi trước khi thực hiện.

### Công cụ và tài liệu học tập

<http://www.businessballs.com/teambuildinggames.htm>; accessed 4 January 2011.

#### Nghiên cứu độc lập

Là nghiên cứu do sinh viên thực hiện, ví dụ bài tập, bài luận.

*Lợi ích:*

- sinh viên có thể làm việc theo tốc độ của mình ;
- sinh viên có thể tập trung tự bổ sung những lỗ hổng kiến thức;
- cơ hội để suy ngẫm;
- chi phí thấp, để đặt ra lịch thực hiện;
- linh hoạt cho sinh viên.

*Thách thức:*

- hứng thú;
- thiếu tiếp xúc với nhiều thông tin đầu vào;
- khả năng thu hút thấp;
- mất thời gian chăm và nhận xét.

#### Kết bạn với một bệnh nhân đang sử dụng dịch vụ y tế (bệnh viện, phòng khám, phòng tư vấn tư nhân, được diễn): theo dõi bệnh nhân

Một sinh viên theo dõi một bệnh nhân trong suốt thời gian sử dụng dịch vụ y tế hoặc điều trị ở bệnh viện. Bài tập này bao gồm yêu cầu sinh viên đi cùng với bệnh nhân trong các buổi khám bệnh, xét nghiệm và quy trình thủ tục.

*Lợi ích:*

- tạo cơ hội học về hệ thống chăm sóc sức khỏe;
- nhìn nhận vấn đề từ quan điểm của người bệnh;
- thấy cách các lĩnh vực khác nhau của hệ thống chăm sóc sức khỏe tương tác như thế nào

*Thách thức:*

- lên thời gian biểu;
- đưa kinh nghiệm thành bài tập để học;
- hạn chế cơ hội cho sinh viên chia sẻ kiến thức học được và nhận được phản hồi từ bạn học, cơ hội được đánh giá.

#### Đóng vai (docudrama)

Là phương pháp giáo dục phổ biến cho phép sinh viên đóng vai các nhân viên y tế ở nhiều tình huống khác nhau. Gồm hai loại:

- sinh viên ứng tác đối thoại và hành động phù hợp với một kịch bản chuẩn bị trước;
- sinh viên “đóng” các vai và dùng lời thoại của một nghiên cứu tình huống.

*Lợi ích:*

- chi phí thấp;
- không đòi hỏi tập luyện nhiều;
- luôn sẵn có;
- có tính tương tác cao—cho phép người học thử các kịch bản “nếu”;
- dựa vào trải nghiệm—giới thiệu và giúp người học lưu ý tới vai trò của bệnh nhân, người nhà bệnh nhân, nhân viên y tế và cán bộ quản lý trong các tình huống an toàn bệnh nhân;
- cho phép người học vào vai một nhân viên y tế ở vị trí cao hơn hoặc vai bệnh nhân;
- có thể thể hiện các cách nhìn nhận khác nhau;
- lý tưởng để tìm hiểu về các yếu tố liên quan tới làm việc và giao tiếp trong nhóm đa ngành để ngăn ngừa sai sót, đảm bảo an toàn bệnh nhân.

*Thách thức:*

- viết kịch bản;
- xây dựng những tình huống có ý nghĩa để có chỗ cho lựa chọn, quyết định, xung đột;
- mất thời gian;
- không thể có đủ vai cho tất cả sinh viên đóng (một số chỉ là người xem thụ động);
- sinh viên có thể đi lạc khỏi chủ đề và trò chơi đóng vai kết thúc.

### Công cụ và tài liệu học tập

Kirkegaard M, Fish J. Doc-U-drama: using drama to teach about patient safety. *Family Medicine*, 2004, 36:628–630.

### Mô phỏng

Trong môi trường chăm sóc y tế, mô phỏng được định nghĩa là “*kỹ thuật dạy học cho phép có hoạt động tương tác, và đôi khi tham gia toàn diện bằng cách tái tạo toàn bộ hoặc một phần của một trải nghiệm lâm sàng mà không làm cho bệnh nhân gặp nguy cơ liên quan tới tình huống đó*” [5]. Có thể trong tương lai cơ hội tiếp cận các hình thức đào tạo qua mô phỏng sẽ tăng lên do đòi hỏi bức thiết về y đức phải tránh tổn hại cho bệnh nhân [6].

Hiện đã có một số hình thức mô phỏng, bao gồm:

- mô phỏng trên máy tính;
- mô hình mô phỏng công nghệ thấp hay ma-nơ-canh được sử dụng để thực hành các thao tác đơn giản;
- bệnh nhân được tiêu chuẩn hóa (bệnh nhân đóng vai cho sinh viên thực hành);
- thiết bị mô phỏng ma nơ canh được lập trình (“như thật”);
- thiết bị thực tế ảo.

*Lợi ích:*

- không tạo nguy cơ cho bệnh nhân;
- có thể đưa ra nhiều kịch bản, bao gồm những tình huống không phổ biến nhưng nguy hiểm cần có phản ứng nhanh;
- người tham gia có thể thấy được kết quả của quyết định và hành động của mình; có thể cho phép xảy ra sai sót và đi đến kết luận (trong thực tế có lẽ cần có sự can thiệp của một nhân viên y tế có năng lực hơn);
- có thể đưa ra các kịch bản giống nhau cho các nhân viên y tế hoặc nhóm khác nhau;
- những nguyên nhân cơ bản của tình huống đã được biết trước;
- với tình huống thực hành với thiết bị mô phỏng ma nơ canh, nhân viên y tế có thể dùng dụng cụ thật, thể hiện những hạn chế của thiết bị khi sử dụng;

- việc tái hiện toàn bộ môi trường lâm sàng thực cho phép tìm hiểu đầy đủ về những tương tác liên cá nhân với các nhân viên lâm sàng khác và đào tạo về làm việc nhóm, kỹ năng lãnh đạo và giao tiếp;
- có thể thực hiện việc ghi âm/hình toàn bộ và ngắt quãng buổi thực hành mô phỏng; không gặp phải những vấn đề như giữ bí mật thông tin cho bệnh nhân – có thể dùng băng ghi âm/hình để nghiên cứu, đánh giá thực hành hoặc công nhận. [7]

*Thách thức:*

- một số hình thức mô phỏng khá tốn kém;
- cần kiến thức chuyên ngành để dạy và điều khiển một số thiết bị dạy học.

### Dự án cải thiện chất lượng

Cải thiện chất lượng là một quy trình liên tục gồm lập kế hoạch, triển khai chiến lược, đánh giá hiệu quả của những chiến lược đó, và xem xét tiếp theo cần cải thiện những gì. Các dự án cải thiện chất lượng được mô tả theo chu trình Lập kế hoạch – Thực hiện – Nghiên cứu – Hành động (PDSA) [8] như sau:

- lập kế hoạch–thay đổi, trên cơ sở khả năng cải thiện một quy trình hiện hành;
- thực hiện–thực hiện thay đổi đó;
- nghiên cứu–phân tích kết quả thay đổi;
- hành động–điều gì cần xảy ra tiếp theo để tiếp tục quá trình cải thiện.

Cách tiếp cận theo chu trình PDSA khuyến khích cán bộ y tế xây dựng và tham gia tích cực vào các chiến lược mà họ hy vọng sẽ dẫn đến cải thiện. Cách tiếp cận đó cũng thúc đẩy việc đánh giá những thay đổi đó sau khi triển khai thực hiện chiến lược. Do đó đây có thể là một cách tiếp cận rất hữu ích để giúp sinh viên tham gia ở cấp độ khoa hoặc phòng khám, như một phần của cách tiếp cận nhóm đa ngành để đảm bảo an toàn bệnh nhân. Phần lớn các dự án cải thiện chất lượng về bản chất đều có thành phần cơ bản về an toàn bệnh nhân.

*Lợi ích:*

- tạo hứng thú học tập;
- trao quyền cho sinh viên;
- học hỏi về quản lý thay đổi ;
- học cách hành động chủ động;
- học cách giải quyết vấn đề.

*Thách thức:*

- duy trì được động lực và hứng thú học tập;
- ràng buộc về thời gian.

*Ví dụ:*

các vấn đề giữ vệ sinh bàn tay trong môi trường lâm sàng.



## Công cụ và tài liệu học tập

Bingham JW. Using a healthcare matrix to assess patient care in terms of aims for improvement and core competencies. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 2005, 31:98–105.

website về tình hình mắc bệnh và tử vong – Cơ quan Nghiên cứu và Quản lý Chất lượng chăm sóc sức khỏe Hoa Kỳ (<http://www.webmm.ahrq.gov/>; truy cập 17/2/2011).

### Tài liệu tham khảo

1. Kirkegaard M, Fish J. Doc-U-Drama: using drama to teach about patient safety. *Family Medicine*, 2004, 36:628–630.
2. Davis BG. *Tools for teaching*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1993.
3. Lowman J. *Mastering the techniques of teaching*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1995.
4. Dent JA, Harden, RM. *A practical guide for medical teachers*. Edinburgh, Elsevier, 2005.
5. Maran NJ, Glavin RJ. Low- to high-fidelity simulation a continuum of medical education? *Medical Education*, 2003, 37(Suppl. 1):S22–S28.
6. Ziv A, Small SD, Glick S. Simulation based medical education: an ethical imperative. *Academic Medicine*, 2003, 78:783–788.
7. Gaba, DM. Anaesthesiology as a model for patient safety in healthcare. *British Medical Journal*, 2000, 320:785–788.
8. Cleghorn GD, Headrick L. The PDSA cycle at the core of learning in health professions education. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 1996, 22:206–212.



## 9. Đánh giá an toàn bệnh nhân như thế nào

### Mục đích đánh giá

Đánh giá là một phần không thể thiếu của bất kỳ chương trình đào tạo nào. Nội dung và hình thức của thủ tục đánh giá có ảnh hưởng lớn tới hành vi và kết quả học tập của sinh viên. Điều cơ bản là đánh giá hỗ trợ mục tiêu về kết quả học tập khi tốt nghiệp, cũng như tạo hứng thú và định hướng học tập phù hợp cho sinh viên. Đánh giá cần có ý nghĩa và mang lại sự tự tin cho giảng viên, cho người xây dựng khóa học và các bên liên quan khác ngoài cơ sở đào tạo, như các tổ chức chứng nhận, các ủy ban tiêu chuẩn và người sẽ nhận những sinh viên tốt nghiệp vào làm việc trong tương lai. Newble và Cannon [1] nhấn mạnh rằng sự rõ ràng về mục đích đánh giá là điều vô cùng quan trọng, họ liệt kê một loạt mục đích đánh giá. Hai mục tiêu in đậm có ý nghĩa chính đối với đào tạo về an toàn bệnh nhân:

- Đánh giá mức độ nắm vững các kỹ năng và kiến thức cơ bản;
- Xếp hạng sinh viên;
- Lượng giá tiến bộ theo thời gian;
- Tìm ra các khó khăn của sinh viên;
- **Cung cấp phản hồi cho sinh viên;**
- Đánh giá hiệu quả của khóa học;
- **Kích thích hứng thú học tập của sinh viên;**
- Thiết lập tiêu chuẩn;
- Kiểm soát chất lượng cho công chúng.

Trong an toàn bệnh nhân, để sinh viên thực sự nhận và thực hiện nhiệm vụ thường khó hơn là thiết kế công cụ đánh giá để làm sao thấy được họ thực hiện những hoạt động đó tốt đến mức nào. Chúng ta hãy nhớ rằng nhiều cán bộ y tế vẫn chưa làm tốt công tác bảo đảm an toàn bệnh nhân, cho nên trọng tâm đánh giá là cần phải khích lệ sinh viên tiếp tục phát triển kiến thức và kỹ năng về an toàn bệnh nhân. Không nên để một thất bại trong lĩnh vực an toàn bệnh nhân ngăn cản bất cứ sinh viên nào tiếp tục khóa học của mình trừ phi thất bại đó quá đáng và có ý gây nguy hiểm cho bệnh nhân. An toàn bệnh nhân không phải là một lĩnh vực dễ dàng để sinh viên tự học. An toàn bệnh nhân phụ thuộc vào một tập hợp các nhân tố – làm

việc theo ê-kíp phù hợp, thực hành trong cơ sở y tế được thiết kế để đảm bảo an toàn bệnh nhân, sự ủng hộ tích cực của tổ chức và ban lãnh đạo dành cho các sáng kiến an toàn bệnh nhân. Là những người mới vào nghề, sinh viên cần phải có những kiến thức và kỹ năng cơ bản, có thời gian được tiếp xúc với các vai trò cũng như kinh nghiệm làm việc trong những ê-kíp hiệu quả, họ sẽ trở nên nhạy bén và sáng suốt hơn, có khả năng ứng phó tốt hơn với các yếu tố môi trường gây nguy hại cho bệnh nhân. Với môi trường dạy và học về an toàn bệnh nhân như vậy, việc đánh giá sinh viên trong môn học an toàn bệnh nhân cần phải có phản hồi cho sinh viên và khuyến khích họ tham gia đảm bảo an toàn bệnh nhân. Bất kỳ quy trình đánh giá nào cũng phải phản ánh được điều đó.

### Thu hút sinh viên tham gia quá trình đánh giá

Một trong những thách thức chính mà các cơ sở đào tạo gặp phải là tìm được các giảng viên hoặc chuyên gia y tế phù hợp để đảm nhiệm việc dạy về an toàn bệnh nhân tại nơi làm việc. Một cách giải quyết khó khăn đó là triển khai chương trình giảng dạy lấy người học làm trung tâm. Song lý do chính của việc để sinh viên thực hiện các nhiệm vụ đảm bảo an toàn bệnh nhân là vì học qua trải nghiệm thực tế là phương pháp giảng dạy có hiệu quả nhất. Tại trường Y thuộc Đại học Sydney (Australia), người ta yêu cầu sinh viên thực hiện các hoạt động an toàn bệnh nhân trong hai năm học cuối khi đi thực tập ở bệnh viện. Sinh viên được cung cấp các kiến thức cơ bản được thiết kế trên nền web để họ có thể học đúng lúc. Các chủ đề của WHO có thể được biên tập cho phù hợp và có sẵn trên mạng để sinh viên kịp đọc trước khi thực hiện các hoạt động liên quan tới chủ đề. Sinh viên ghi lại trải nghiệm của mình và trả lời các câu hỏi nêu ra cho một hoạt động nào đó trên một trang biểu mẫu. Cuối kỳ sinh viên học theo nhóm nhỏ với trợ giảng để thảo luận những trải nghiệm và quan sát của mình. Các trợ giảng hay giảng viên hướng dẫn phải ký xác nhận những báo cáo đó của sinh viên để hoàn thành thủ tục đánh giá chính thức về một chủ đề nhất định. Dưới đây là ví dụ về



giảng dạy này và các hoạt động mà sinh viên phải thực hiện, cũng như yêu cầu về đánh giá.

**Hình A.9.1. Nội dung chủ đề 3: Đại học Sydney, Australia**

<b>Chủ đề 3</b>	<b>Hoạt động</b>	<b>Đánh giá</b>
Hiệu hệ thống và tác động của sự phức tạp của hệ thống đối với chăm sóc bệnh nhân	<p>Đọc về chủ đề học trên mạng</p> <p>Theo một bệnh nhân từ khi họ vào viện cho tới khi ra viện hoặc điều trị có kết quả rõ ràng</p> <p>Dùng biểu mẫu đề ghi chép về các hoạt động trên</p>	<p>Trợ giảng ký xác nhận sinh viên đã tham dự và hoàn thành yêu cầu trong buổi thảo luận (hoặc nếu không phải là thảo luận nhóm thì bác sĩ lâm sàng ký chứng nhận hoàn thành hoạt động).</p>

Hình A.9.2 là biểu mẫu mà sinh viên dùng để ghi chép khi quan sát bệnh nhân trong quá trình chữa

bệnh trong bệnh viện hoặc phòng khám

**Hình A.9.2. Ví dụ về mẫu báo cáo của sinh viên cho chủ đề 3: Trường Đại học Sydney, Australia**

**Giai đoạn 3 (Năm 3 của chương trình y khoa sau đại học): Chủ đề 3: Nhận thức về hệ thống**

.....

Tên sinh viên .....

Mã số sinh viên .....

Ngày thực hiện hoạt động .....

**Tóm tắt quá trình điều trị của bệnh nhân:**

**3 quan sát chính:**

**3 điểm chính mà bạn học được:**

Ký xác nhận hoàn thành bài tập của giảng viên/ bác sĩ lâm sàng

Tên (in hoa) .....

Chữ ký .....

Chức vụ .....

Ngày ký .....

Đối với những hoạt động khác như an toàn thuốc hoặc thủ thuật xâm lấn, yêu cầu là phải có một cán bộ y tế quan sát sinh viên khi họ tham gia thực hiện một hoạt động nào đó (ví dụ sử dụng kết hợp thuốc, pha chế thuốc ở nhà thuốc, đi buồng với dược sĩ, quan sát quá trình chuẩn bị trước khi thực hiện thủ thuật). Người chịu trách nhiệm quan sát sinh viên sẽ phải ký xác nhận vào mẫu chứng nhận sinh viên đã hoàn thành bài tập.

Tham khảo thêm một số ví dụ về đánh giá sinh viên trong Phụ lục 1, Phần B.

Một trong những lợi ích của các hoạt động do sinh viên thực hiện là tiềm năng thay đổi văn hóa nơi làm việc. Khi sinh viên hỏi nhân viên y tế liệu họ có thể quan sát hoặc tham dự một hoạt động nào đó và lý do vì sao họ muốn làm như thế, tức là họ đã khơi mào thảo luận về chương trình an toàn bệnh nhân. Nhiều trong số các chủ đề ATBN có thể được tuyên truyền qua hoạt động của sinh viên.

### Vai trò của lượng giá trong đánh giá

Có 4 thành phần để đảm bảo tiêu chuẩn đánh giá đáng tin cậy: *độ xác thực* (phương pháp đánh giá có xác thực không?); *độ tin cậy* (đánh giá có luôn mang lại kết quả thống nhất không?); *tính thực tiễn* (cần bao nhiêu thời gian và nguồn lực?); và *tác động tích cực đối với học tập* (theo quan điểm của người học thì đánh giá có tác dụng không?) [1].

Bạn có thể đọc thêm về cách lượng giá trong đánh giá trong các tài liệu sau.

Brown S, Glasner A, eds. *Assessment matters in higher education: choosing and using diverse approaches*. Buckingham, Society for Research into Higher Education and Open University Press, 1999.

Miller A, Imrie B, Cox K. *Student assessment in higher education: a handbook for assessing performance*. London, Kogan Page Ltd, 1998.

### Đánh giá quá trình

Đánh giá quá trình là một phần quan trọng và cơ bản của quá trình học tập của sinh viên. Học về an toàn bệnh nhân cho phép thực hiện đánh giá quá trình. Có thể thực hiện nhiều hình thức hoạt động như vậy trong tất cả các thành phần của bất kỳ chương trình đào tạo về y tế nào. Tự đánh giá là khả năng sinh viên tự đánh giá nhu cầu học tập của mình và lựa chọn những hoạt động học tập đáp ứng nhu cầu đó. (Phần lớn bằng chứng cho thấy là sinh viên ít có khả năng tự đánh giá chính xác và có thể cần tập trung hơn vào đánh giá từ bên ngoài).

Đánh giá quá trình cần được thực hiện liên tục và cung cấp phản hồi cho sinh viên về kết quả học tập của họ. Mục đích của đánh giá theo kiểu này là để sinh viên tìm hiểu về những quan sát và kinh nghiệm họ có được khi làm việc trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe. Chúng ta muốn sinh viên thoải mái bộc lộ những nhược điểm và hạn chế của mình. Một cách tiếp cận trừng phạt sẽ khiến sinh viên che giấu mức độ kiến thức và kỹ năng thực sự của họ. Họ cũng có thể e ngại không muốn trao đổi về những gì mình quan sát thấy, nhất là khi những quan sát đó liên quan đến chăm sóc hoặc thực hành không đảm bảo an toàn.

### Đánh giá tổng hợp

Mọi thành phần của đánh giá mà sinh viên phải đạt, hay phải hoàn thành trước khi có thể tiếp tục giai đoạn tiếp theo của khóa học được coi là Đánh giá tổng hợp. Theo thuật ngữ khái quát, Đánh giá tổng hợp gồm hai loại hình: thi tốt nghiệp và kiểm tra đánh giá trong khóa học.

Ví dụ trên của Đại học Sydney là một ví dụ về đánh giá tổng hợp bắt buộc. Yêu cầu là sinh viên phải thực hiện các hoạt động và được đánh giá trong các buổi

thảo luận nhóm trực tiếp hoặc quan sát. Sinh viên có một học kỳ để hoàn thành các bài tập cho Đánh giá tổng hợp khóa học. Những đánh giá như vậy thường được thực hiện sau mỗi 8 tuần hoặc vào cuối học kỳ, cuối năm học hoặc chương trình học. Một phần lớn trong chương này sẽ nói về các yêu cầu của đánh giá cuối khóa.

### Đánh giá tổng hợp trong khóa học

Có nhiều hình thức đánh giá trong khóa học có thể dễ dàng áp dụng cho chương trình đào tạo về an toàn bệnh nhân. Nhiều chương trình đào tạo về y tế có thể kết hợp những thành phần đánh giá đó vào tập hợp đánh giá hiện đang sử dụng hay “hồ sơ thành tích học tập”.

### Một số đặc điểm của thực hành “đánh giá tốt nhất” Trong giảng dạy về an toàn bệnh nhân

Những nguyên tắc đánh giá sau sẽ áp dụng để đạt được các mục tiêu của chương trình giảng dạy về an toàn bệnh nhân. Đánh giá cần:

- thúc đẩy học tập theo hướng đã định để đạt kết quả học tập khi hoàn thành khóa học;
- đánh giá một nhân viên y tế mới tốt nghiệp có năng lực bảo đảm an toàn cho chăm sóc bệnh nhân;
- bao gồm thành phần đánh giá quá trình đáng tin cậy, với những cơ hội thường xuyên để sửa chữa và tư vấn trong suốt quá trình học;
- kết hợp với năng lực lâm sàng chẳng hạn, và không dựa trên cơ sở kỹ luật;
- được đưa vào các bài kiểm tra/thi năng lực lâm sàng và hành vi chuyên môn trong tất cả các giai đoạn của khóa học;
- được đưa vào các bài kiểm tra các môn khoa học cơ bản, ví dụ lồng ghép vào khoa học về dân số trong tất cả các giai đoạn của khóa học;
- thực hiện thường xuyên và đảm bảo sao cho kiến thức dạy trong những giai đoạn trước được bao hàm trong tất cả các bài thi tiếp theo;
- được xây dựng với mong muốn đáp ứng tiêu chuẩn đảm bảo chất lượng;
- yêu cầu công bằng qua sự tham gia của sinh viên và giảng viên vào quá trình xây dựng;
- có tính chất khích lệ và định hướng cho những gì sinh viên cần học để thực hành an toàn;
- có tính khả thi và chấp nhận được với cả giảng viên và sinh viên.

### Xác định nội dung cần kiểm tra

#### Xác định phạm vi năng lực cần kiểm tra (thiết kế chi tiết)

Sinh viên trên toàn thế giới đều quan tâm tới khối lượng thông tin trong chương trình mà họ phải học, và thường lo lắng vì không biết trọng tâm kiểm tra đánh giá sẽ rơi vào phần nào.

Giảng viên cần mô tả phạm vi năng lực (hay kiến thức) sẽ được kiểm tra, thường là lấy trực tiếp từ kết quả học tập dự kiến của chương trình. Điều quan trọng là phải đảm bảo bài kiểm tra dự kiến phản ánh phạm vi năng lực đạt được khi sinh viên đạt điều kiện tốt nghiệp.

Một số năng lực cần được đánh giá có hệ thống để đảm bảo là sinh viên sẽ tiếp tục tích lũy thêm kiến thức và kết hợp những kiến thức đó vào lĩnh vực thực hành của mình. Bảng A.9.1 thể hiện những thành phần khác nhau của an toàn bệnh nhân có thể được sử dụng cho đánh giá cuối khóa của chương trình đào tạo cán bộ y tế 4 hoặc 5 năm.

**Bảng A.9.1. Kế hoạch thể hiện đánh giá cuối khóa cho các thành phần của chương trình giảng dạy về an toàn bệnh nhân**

Kết quả học tập có thể đánh giá được	Năm học mà các học phần của chương trình được đánh giá lần đầu trong một chương trình đặc thù			
	Năm 1	Năm 2	Năm 3	Năm 4
An toàn bệnh nhân là gì?	X			
Các hệ thống chăm sóc sức khỏe		X		
Giao tiếp		X		
Chăm sóc bệnh nhân an toàn; Thu hút sự tham gia của bệnh nhân; Làm việc theo nhóm			X X X	
Cải thiện chất lượng				X
Sai sót y khoa				X
An toàn thuốc				X

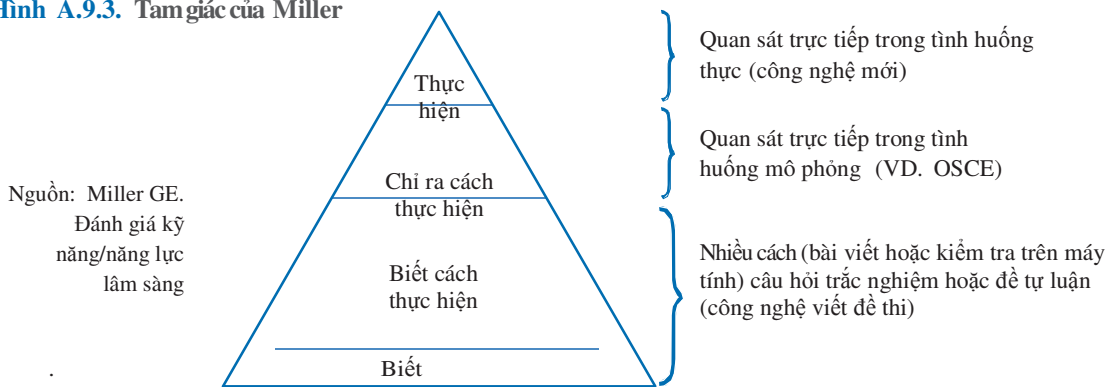
### Lựa chọn phương pháp kiểm tra phù hợp

Điều quan trọng là phải nhấn mạnh rằng kiểm tra đánh giá trong lĩnh vực an toàn bệnh nhân phải phù hợp với kết quả học tập dự kiến đã được thống nhất. Một hình thức đánh giá nào đó khó có thể hoàn toàn phù hợp để đánh giá mọi yêu cầu. Tốt nhất là nắm được nhiều phương pháp đánh giá khác nhau và quyết định lựa chọn trên cơ sở hiểu biết về ưu và nhược điểm của những phương pháp đó. Chọn hình thức đánh giá tùy vào mục đích đánh giá, ví dụ để “đánh giá kiến thức về báo cáo biến cố bất lợi”, thì cần sử dụng một câu hỏi tiểu luận thay đổi (MEQ) hay câu hỏi trắc nghiệm (MCQ).

Cách đánh giá các phương pháp cải thiện chất lượng tốt nhất là qua dự án của sinh viên. Có một số nguyên tắc cơ bản giúp quyết định loại hình đánh giá nào là phù hợp nhất. Một trong những nguyên tắc phổ biến nhất được gọi là Tam giác Miller, trong đó có 4 mức độ hoàn thành mục tiêu học tập của sinh viên (xem Hình A.9.3):

- biết;
- biết cách làm như thế nào;
- chỉ ra cách thực hiện;
- thực hiện được.

**Hình A.9.3. Tam giác của Miller**



Academic Medicine, 1990 [2].



Ví dụ, “chỉ ra cách thực hiện” liên quan tới những năng lực cụ thể phù hợp với mức kiến thức chuyên môn của sinh viên. Có thể kiểm tra các năng lực đó bằng hình thức như tình huống thi lâm sàng theo cấu trúc khách quan (OSCE) chẳng hạn.

Khi tham khảo Hình 3, ta thấy có thể kiểm tra kiến thức (biết) bằng câu hỏi trắc nghiệm MCQ, ví dụ.

Các hình thức đánh giá tiêu biểu trong trường y có thể gồm:

#### Bài viết:

- tiêu luận;
- câu hỏi trắc nghiệm (chọn 1 trong 4/5 câu trả lời);
- câu hỏi trắc nghiệm mở rộng (EMQ);
- câu hỏi trả lời ngắn;
- câu hỏi tiêu luận thay đổi (MEQ);
- bài tập viết (ví dụ báo cáo dự án, quảng cáo);
- portfolio hay nhật ký.

#### Mức độ hoàn thành nhiệm vụ ở nơi làm việc (thực tiễn):

- bài thi nhiều tình huống;
- quan sát hoạt động trực tiếp (ví dụ quan sát các tình huống kéo dài, bài tập đánh giá lâm sàng mini [mini CEX]);
- 360 độ phản hồi từ nhiều phía (MSF);
- báo cáo đầy đủ (ví dụ đánh giá đính kèm);
- thuyết trình (ví dụ dự án, thảo luận về ca bệnh);
- tự đánh giá;
- kiểm tra nói.

Mỗi hình thức đánh giá đều có ưu và nhược điểm, và cần cân nhắc những ưu/nhược điểm đó khi lựa chọn hình thức đánh giá phù hợp cho một mục tiêu học tập cụ thể trong chương trình giảng dạy về an toàn bệnh nhân.

#### Thi viết

##### Bài luận

Một số trường sử dụng hình thức viết luận. Viết luận có thuận lợi lớn là cho phép sinh viên thể hiện tư duy phê phán, lý luận và kỹ năng giải quyết vấn đề. Một mặt hình thức thi bằng viết luận rất hấp dẫn vì nó cho phép người học trình bày suy nghĩ của mình, song lại mất thời gian chấm và cách cho điểm rất khác nhau. Chìa khóa cho cách chấm điểm thành công đối với bài luận là cung cấp phản hồi cho sinh viên. Nếu chỉ cho điểm không mà không có nhận xét gì, chỉ làm cho những sinh viên đang mong muốn biết giáo viên nghĩ như thế nào về câu trả lời của họ với vấn đề nêu ra cảm thấy chán nản. Một số chủ đề an toàn bệnh nhân để cho phép kiểm tra bằng hình thức viết luận

Song nếu giảng viên không đủ nguồn lực để cung cấp phản hồi có chất lượng cho sinh viên thì không nên sử dụng hình thức đánh giá này.

##### Câu hỏi trắc nghiệm/ câu hỏi trắc nghiệm mở rộng

MCQ và EMQ là hình thức đánh giá rất hấp dẫn vì loại câu hỏi này có thể áp dụng cho nhiều chủ đề trong chương trình, có thể chấm bằng máy và đưa ra điểm số đáng tin cậy đánh giá khả năng của sinh viên. Tuy nhiên nhược điểm chính của hình thức đánh giá này trong kiểm tra môn an toàn bệnh nhân là loại câu hỏi như vậy có xu hướng chỉ kiểm tra kiến thức mà thôi. Ví dụ có thể dùng phương pháp này để đánh giá xem một sinh viên có biết về đặc điểm của một nhóm làm việc thành công không, song không thể kiểm tra xem sinh viên đó áp dụng những kiến thức đó vào thực tiễn như thế nào. EMQ được thiết kế để giải quyết vấn đề đoán mò khi trả lời trong các bài thi trắc nghiệm. Tham khảo ví dụ về MCQ trong Phụ lục 2, Phần B.

##### Câu hỏi tiêu luận thay đổi /đặc điểm chính

MEQ hay hình thức kiểm tra đặc điểm chính được thiết kế để trả lời trong 5–10 phút, và khuyến khích câu trả lời ngắn dạng tóm tắt/nhận xét cho những kịch bản thích hợp. Để đảm bảo thống nhất đánh giá cần đưa ra một đáp án mẫu và thang điểm cho người chấm. Đưa ra nhiều MEQ kiểm tra nhiều chủ đề khác nhau cũng chỉ mất thời gian tương đương thời gian viết một bài luận về một lĩnh vực trong chương trình. Tham khảo ví dụ về điều dưỡng trong Phụ lục 2, Phần B.

##### Hồ sơ (Portfolio)/nhật ký

Là nhiều phương pháp đánh giá có thể dễ dàng liên kết với kết quả học tập, từ nhật ký ghi lại những hoạt động chuyên môn, tới hồ sơ thành tích đạt được trong suốt một lĩnh vực của chương trình học, và hồ sơ tài liệu hỗ trợ cho đánh giá hàng năm cùng với kế hoạch học tập. Một thành phần đặc biệt quan trọng của portfolio là sự cố nguy hiểm: có thể yêu cầu sinh viên suy nghĩ một cách có hệ thống về những tình huống có ảnh hưởng tới an toàn bệnh nhân mà họ quan sát được. Sau đó sinh viên nộp portfolio cho giảng viên/trợ giảng để chấm.

##### Lâm sàng/thực hành

Có nhiều bằng chứng nghiên cứu chỉ ra là nhiều người quan sát sẽ giúp đánh giá năng lực chính xác hơn một người. Điều có ý nghĩa rất quan trọng là những cân nhắc về an toàn bệnh nhân phải được kết hợp trong hướng dẫn đánh giá/chấm và có những buổi tập huấn và phản hồi cho giám khảo về từng hình thức đánh giá được áp dụng trong cơ sở đào tạo cán bộ y tế. Nếu mỗi chủ đề được đánh giá riêng rẽ, sẽ làm cho sinh viên học môn an toàn bệnh nhân như một môn học thêm vào chương trình đào tạo chính, chứ không phải là một thành phần không thể tách rời của công tác chăm sóc an toàn cho người bệnh.

### Thi lâm sàng theo cấu trúc khách quan (OSCE)

Bài thi OSCE bao gồm một tập hợp các tình huống lâm sàng mô phỏng ngắn, do một bệnh nhân được tiêu chuẩn hóa hoặc giảng viên đánh giá. Có thể kết hợp vấn đề an toàn bệnh nhân vào ít nhất là một mục trong bảng kiểm cho mỗi kịch bản mô phỏng. Hoặc có thể dành riêng một tình huống mô phỏng cho vấn đề an toàn bệnh nhân, ví dụ như trao đổi về một sai sót y khoa với một bệnh nhân mô phỏng bị cho dùng nhầm thuốc. Các tình huống trong đó sinh viên được yêu cầu phải đọc biểu đồ điều trị, kết quả xét nghiệm, phim X quang hoặc tìm hiểu bệnh sử đôi khi được gọi là tình huống tĩnh vì những tình huống đó không đòi hỏi phải quan sát hoạt động của sinh viên. Những tình huống như vậy cho phép thực hiện mô phỏng sai sót và ghi lại hành động của sinh viên. Tham khảo ví dụ về Thi lâm sàng theo cấu trúc khách quan trong Phụ lục 2, Phần B.

### Phản hồi từ nhiều phía MSF

MSF là nhận xét về một sinh viên trong môi trường học tập được thu thập từ nhiều nhân viên y tế hoặc các sinh viên khác. Lý tưởng nhất là đưa các mục của bảng kiểm về chăm sóc an toàn cho người bệnh và giao tiếp tốt vào phiếu đánh giá.

### Bài tập đánh giá lâm sàng mini

Bài tập đánh giá lâm sàng mini mini-CEX là loại hình bài tập trong đó giảng viên hoặc giáo viên hướng dẫn quan sát sinh viên thực hành bài tập trên bệnh nhân thật và đánh giá sinh viên đó về nhiều mặt. Tổng điểm của nhiều lần thực hành như vậy được sử dụng để quyết định mức độ năng lực của

sinh viên đó. Một lần nữa, trong hình thức đánh giá này điều quan trọng là cũng phải kết hợp các thành phần về an toàn bệnh nhân trong phiếu đánh giá.

Một điều vô cùng quan trọng trong bài tập đánh giá lâm sàng mini-CEX là những người đánh giá phải được chuẩn bị tốt, và đảm bảo người đào tạo cho giảng viên/giáo viên hướng dẫn đề cập đến vấn đề an toàn bệnh nhân trong các buổi tập huấn.

### Đánh giá sau khi hoàn thành thực tập lâm sàng / điểm xếp hạng chung

Hình thức đánh giá này nhằm đưa ra nhận xét đáng tin cậy về tiến bộ của một sinh viên và thường do giáo viên hướng dẫn hoặc giảng viên thực hiện theo nhìn nhận của cá nhân hoặc sau khi tham khảo ý kiến của đồng nghiệp. Cần đưa các tiêu chí về an toàn bệnh nhân vào đánh giá này.

### Thảo luận ca bệnh (CBD)

CBD là thảo luận có cấu trúc của giáo viên hướng dẫn hoặc giảng viên về các ca bệnh, tập trung vào lập luận chuyên môn/lâm sàng và đưa ra quyết định. Thảo luận về những ca bệnh có thực mà sinh viên được tham gia điều trị. Đây là kỹ thuật vẫn chưa được tìm hiểu kỹ để dùng trong đánh giá mức độ hiểu biết về các vấn đề an toàn bệnh nhân liên quan đến những ca bệnh thực sự.

### So sánh đánh giá với kết quả học tập dự kiến

Việc so sánh đánh giá với kết quả học tập dự kiến luôn rất quan trọng. Phần lớn các chương trình giảng dạy sẽ có kết quả học tập dự kiến, với mức độ chi tiết khác nhau. Danh mục đầy đủ các kết quả học tập cho môn an toàn bệnh nhân trong Bảng A.9.2 có thể được dễ dàng so sánh với các đánh giá phù hợp.

## Bảng A.9.2. Mẫu đánh giá cuối khóa kết quả học tập cho chương trình đào tạo về an toàn bệnh nhân với những hình thức đánh giá thông thường

Năng lực	Hình thức đánh giá
<b>Chăm sóc an toàn: các hệ thống</b>	
Hiểu được sự tương tác phức tạp giữa môi trường chăm sóc sức khỏe, nhân viên y tế và bệnh nhân	Bài luận, Đánh giá quá trình đã được xác nhận đi kèm với một bệnh nhân trong suốt quá trình khám chữa bệnh ở cơ sở y tế, sau đó là thảo luận nhóm.
Nhận thức được các cơ chế giảm thiểu sai sót, ví dụ bảng kiểm, quy trình lâm sàng	Đánh giá quá trình đã được giảng viên hoặc giáo viên hướng dẫn xác nhận là sinh viên có tham gia trong thời gian nghỉ hoặc một hoạt động khác.
Chăm sóc an toàn: nguy cơ và phòng ngừa	MCQ/MEQ
Biết những nguyên nhân chính dẫn đến sai sót và nguy cơ ở nơi làm việc	Bài luận/MEQ
Hiểu những hạn chế cá nhân có thể góp phần gây nguy cơ như thế nào	Viva/Portfolio

Nâng cao nhận thức về nguy cơ tại nơi làm việc bằng cách phát hiện và báo cáo nguy cơ có thể xảy ra cho bệnh nhân và nhân viên y tế

	Portfolio
<b>Chăm sóc an toàn: biến cố bất lợi và cận nguy</b>	
Hiểu được tổn hại mà sai sót và trục trặc hệ thống gây ra	Bài luận/MEQ
Nhận thức được những nguyên tắc báo cáo biến cố bất lợi phù hợp với hệ thống báo cáo sự cố của địa phương	MEQ
Hiểu các nguyên tắc quản lý biến cố bất lợi và cận nguy	MEQ
Hiểu các vấn đề y tế chủ chốt của cộng đồng	MCQ
Nhận thức được các quy trình thủ tục thông báo cho người có trách nhiệm về “những bệnh phải khai báo”	MCQ
Hiểu các nguyên tắc quản lý bùng phát dịch bệnh	MEQ
<b>Chăm sóc an toàn: kiểm soát nhiễm khuẩn</b>	
Hiểu về nguyên tắc thận trọng lựa chọn thuốc kháng sinh/kháng virus	MCQ
Thực hành vệ sinh tay đúng cách và các kỹ thuật vô trùng	OSCE
Luôn áp dụng các phương pháp giảm thiểu lây truyền bệnh giữa các bệnh nhân	OSCE
Biết về những nguy cơ liên quan tới phơi nhiễm xét nghiệm phóng xạ và thủ thuật sử dụng	MCQ/MEQ
Biết cách chỉ định các xét nghiệm phóng xạ và thủ thuật sử dụng một cách phù hợp	MEQ
<b>Chăm sóc an toàn: an toàn thuốc</b>	
Biết những loại thuốc liên quan nhiều nhất đến sai sót trong kê đơn và sử dụng	MCQ
Biết cách thực hiện kê đơn và phát thuốc an toàn	OSCE
Biết các thủ tục báo cáo sai sót / cận nguy trong dùng thuốc theo qui định của địa phương	Portfolio
<b>Giao tiếp</b>	
<b>Tương tác với bệnh nhân: tình huống</b>	
Hiểu được tác động của môi trường đối với giao tiếp, VD. tính chất riêng tư, địa điểm	MEQ
Giao tiếp tốt và biết vai trò của giao tiếp tốt trong các mối quan hệ chăm sóc sức khỏe hiệu quả	OSCE
Xây dựng chiến lược làm việc với những bệnh nhân khó tính hoặc dễ bị tổn thương	OSCE
<b>Tương tác với người bệnh: tôn trọng</b>	
Đối xử lịch sự và tôn trọng với bệnh nhân, thể hiện ý thức và sự nhạy cảm đối với người bệnh với văn hóa và hoàn cảnh khác nhau	OSCE/mini-CEX
<b>Duy trì sự riêng tư và bảo mật</b>	
Cung cấp cho bệnh nhân những thông tin rõ ràng và trung thực và tôn trọng lựa chọn điều trị của họ	OSCE/mini-CEX
<b>Tương tác với người bệnh: cung cấp thông tin</b>	
Hiểu các nguyên tắc giao tiếp tốt	OSCE/mini-CEX/MSF
Giao tiếp với bệnh nhân và người chăm sóc theo những cách dễ hiểu đối với họ	OSCE
Thu hút bệnh nhân tham gia thảo luận về chăm sóc điều trị cho họ	Portfolio
<b>Tương tác với người bệnh: gặp gỡ gia đình hoặc người chăm sóc</b>	
Hiểu ảnh hưởng của động lực gia đình đối với giao tiếp hiệu quả	Portfolio
Đảm bảo gia đình người bệnh/người chăm sóc phù hợp tham gia gặp gỡ và đưa ra quyết định	Portfolio
Tôn trọng vai trò của gia đình trong chăm sóc sức khỏe cho người bệnh	MEQ/portfolio
<b>Tương tác với người bệnh: báo tin</b>	
Thấu hiểu mất mát và đau thương	MEQ
Tham gia thông báo tin xấu cho bệnh nhân và người chăm sóc	OSCE
Thể hiện cảm thông và chia sẻ	OSCE
<b>Tương tác với người bệnh: trao đổi thẳng thắn</b>	
Hiểu các nguyên tắc trao đổi thẳng thắn	MEQ
Đảm bảo người bệnh được hỗ trợ và chăm sóc sau biến cố bất lợi	OSCE
Thể hiện thái độ thông cảm với bệnh nhân sau biến cố bất lợi	OSCE
<b>Tương tác với người bệnh: khiếu nại</b>	
Hiểu những yếu tố có thể dẫn đến khiếu nại	MEQ/portfolio
Trả lời khiếu nại một cách phù hợp, theo thủ tục qui định của địa phương	OSCE
Có hành vi để ngăn ngừa khiếu nại	OSCE

### **Công cụ và tài liệu học tập**

Newble M et al. Guidelines for assessing clinical competence. *Teaching and Learning in Medicine*, 1994, 6:213–220.

Roberts C et al. Assuring the quality of high stakes undergraduate assessments of clinical competence. *Medical Teacher*, 2006, 28:535–543.

Walton M et al. Developing a national patient safety education framework for Australia. *Quality and Safety in Health Care* 2006 15:437–42.

Van Der Vleuten CP. The assessment of professional competence: developments, research and practical implications. *Advances in Health Science Education*, 1996, 1:41–67.

### **Thảo luận ca bệnh**

Southgate L et al. The General Medical Council's performance procedures: peer review of performance in the workplace. *Medical Education*, 2001, 35 (Suppl. 1):S9–S19.

Miller GE. The assessment of clinical skills /competence/performance. *Academic Medicine*, 1990, 65 (Suppl.):S63–S67.

### **Bài tập đánh giá lâm sàng mini**

Norcini J. The mini clinical evaluation exercise (mini-CEX). *The Clinical Teacher*, 2005, 2:25–30.

Norcini J. The mini-CEX: a method for assessing clinical skills. *Annals of Internal Medicine*, 2003, 138:476–481.

### **Phản hồi từ nhiều phía**

Archer J, Norcini J, Davies H. Use of SPRAT for peer review of paediatricians in training. *British Medical Journal*, 2005, 330:1251–1253.

Violato C, Lockyer J, Fidler H. Multisource feedback: a method of assessing surgical practice. *British Medical Journal*, 2003, 326:546–548.

### **Câu hỏi trắc nghiệm**

Case SM, Swanson DB. *Constructing written test questions for the basic and clinical sciences*. Philadelphia, National Board of Medical Examiners, 2001.

### **Thi lâm sàng theo cấu trúc khách quan**

Newble DI. Techniques for measuring clinical competence: objective structured clinical examinations. *Medical Education*, 2004, 35:199–203.

### **Portfolios**

Wilkinson T et al. The use of portfolios for assessment of the competence and performance of doctors in practice. *Medical Education*, 2002, 36:918–924.

### **Tài liệu tham khảo**

1. Newble D, Cannon R. *A handbook for medical teachers*, 4th ed. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 2001.

2. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*, 1990, 65 (Suppl.):S63–S67.



# 10. Đánh giá chương trình giảng dạy về an toàn bệnh nhân như thế nào

## Giới thiệu

Trong phần này chúng tôi đã tóm tắt một số nguyên tắc đánh giá chung. Sau khi phát hành tài liệu này, WHO dự định đưa ra những công cụ đánh giá chuẩn cho chương trình đào tạo này.

Với tư cách cá nhân, hàng ngày chúng ta vẫn tham gia đánh giá: nên ăn những gì, cần mặc loại quần áo nào, bộ phim đó hay như thế nào. Đánh giá là một thành phần quan trọng của bất kỳ chương trình giảng dạy nào và cần được đưa vào chiến lược của bạn để thực hiện chương trình đào tạo về an toàn bệnh nhân ở trường bạn hoặc ở bệnh viện/lớp học của bạn. Việc đánh giá này có thể chỉ đơn giản thực hiện bằng cách cho sinh viên trả lời một bảng câu hỏi khảo sát sau khi được học một buổi học về an toàn bệnh nhân để xem sinh viên nghĩ gì về vấn đề này, hoặc có thể đánh giá một cách phức tạp hơn bằng một cuộc họp toàn khoa rà soát lại toàn bộ chương trình giảng dạy, với các cuộc khảo sát và thảo luận nhóm tập trung với sinh viên và giảng viên, dự giờ và các phương pháp đánh giá khác.

Đánh giá bao gồm ba bước:

- xây dựng kế hoạch đánh giá;
- thu thập và phân tích thông tin;
- phổ biến kết quả đánh giá cho các bên liên quan thích hợp để có hành động.

## Đánh giá khác với kiểm tra như thế nào

Thông tin về kiểm tra và đánh giá có thể gây nhầm lẫn vì một thực tế là ở một số nước hai thuật ngữ này được dùng thay thế cho nhau. Cách dễ nhất để nhớ sự khác biệt giữa kiểm tra và đánh giá là kiểm tra là để đo kết quả học tập của sinh viên, còn đánh giá là nhằm kiểm tra những gì chúng ta dạy và dạy như thế nào. Trong kiểm tra, số liệu được thu thập từ một nguồn duy nhất (sinh viên), còn trong đánh giá, số liệu có thể được thu thập từ nhiều nguồn khác nhau (sinh viên, bệnh nhân, giáo viên, và/hoặc các bên liên quan).

Kiểm tra = kết quả học tập của sinh viên  
Đánh giá = chất lượng của khóa đào tạo/chương trình học, chất lượng dạy học

## Bước 1: Xây dựng kế hoạch đánh giá

*Ta đang đánh giá cái gì?*

Bước đầu tiên cơ bản trong xây dựng kế hoạch đánh giá là xác định mục tiêu đánh giá: Đây có phải là buổi học duy nhất về an toàn bệnh nhân không? Đây có phải là toàn bộ một chương trình giảng dạy không? Có phải chúng ta đang đánh giá năng lực thực hiện chương trình giảng dạy của khoa đào tạo không? Có phải chúng ta đang đánh giá kết quả/hiệu quả giảng dạy của giáo viên không? Có thể phân loại mục tiêu đánh giá thành chính sách, chương trình, sản phẩm hay cá nhân [1]– và tất cả đều có thể áp dụng trong môi trường giáo dục.

*Các bên hữu quan là những ai?*

Thường có nhiều bên hữu quan tham gia đánh giá giáo dục về an toàn bệnh nhân. Song điều quan trọng là phải xác định được cử tọa chính, vì điều đó sẽ ảnh hưởng tới các câu hỏi mà bạn muốn được trả lời bằng kết quả đánh giá. Cử tọa chính có thể là trường đại học, khoa đào tạo chuyên môn liên quan, ban lãnh đạo bệnh viện, giáo viên, sinh viên hoặc bệnh nhân/công chúng. Ví dụ bạn có thể là bên hữu quan chủ chốt nếu bạn là giáo viên và muốn biết sinh viên của mình đáp ứng như thế nào với việc đưa môn an toàn bệnh nhân vào giảng dạy trong chương trình đào tạo.

*Mục tiêu đánh giá là gì?* Sau khi xác định được cử tọa/bên hữu quan chính, bước tiếp theo là quyết định mình muốn đạt được gì từ đánh giá. Cần tìm câu trả lời cho những câu hỏi nào? Những câu hỏi đó có thể khác nhau tùy thuộc vào vai trò của bạn trong giảng dạy về an toàn bệnh nhân. Trong Bảng A.10.1 là ví dụ về các loại câu hỏi có thể đưa ra tùy theo bên hữu quan chính là ai.



**Bảng A.10.1. Ví dụ về câu hỏi của bên hữu quan**

Bên hữu quan	Các câu hỏi đánh giá có thể đặt ra
Ban lãnh đạo bệnh viện/nhân viên lâm sàng	Việc dạy về an toàn bệnh nhân cho cán bộ y tế có giúp làm giảm số biến cố bất lợi không?
Khoa đào tạo tại trường đại học	Làm thế nào để triển khai giảng dạy chương trình an toàn bệnh nhân trong trường được hiệu quả nhất?
Từng giáo viên	Mình giảng dạy chương trình có hiệu quả không? Sinh viên có tham gia học về an toàn bệnh nhân không? Sinh viên có áp dụng các nguyên tắc an toàn bệnh nhân khi thực tập không?

(Những) hình thức đánh giá nào là phù hợp nhất? Có thể phân loại các loại hình hoặc hình thức đánh giá như sau: chủ động, làm rõ, tương tác, giám sát và tác động [2]. Những hình thức đó khác nhau về mục tiêu đánh giá chính,

Giai đoạn thực hiện chương trình đào tạo, loại câu hỏi mà bạn đưa ra, và phương pháp tiếp cận chủ chốt cần có. Trong Bảng A.10.2 là tóm tắt về mỗi hình thức đánh giá.

**Bảng A.10.2. Các hình thức đánh giá**

Mục đích	Chủ động	Làm rõ	Tương tác	Giám sát	Tác động
Định hướng	Tổng hợp	Giải thích	Cải thiện	Lập luận	Lập luận
Trọng tâm chính	Môi trường thực hiện chương trình đào tạo	Tất cả các thành phần	Cung ứng	Tình chính	Trách nhiệm giải trình
Tình hình thực hiện chương trình	Không có (chưa triển khai)	Giai đoạn xây dựng	Giai đoạn xây dựng	Cung ứng	Cung ứng
Thời gian tương ứng với triển khai	Trước	Trong quá trình	Trong quá trình	Kết quả	Kết quả
Cách tiếp cận chính		Đánh giá kiểm tra	Sự sẵn sàng đáp ứng	Giải quyết xong	Giải quyết xong
	Tổng quan tài liệu	Phát triển lộ trình	Nghiên cứu hành động	Được triển khai	Được triển khai
		Công nhận chất lượng	Tiến triển		
			Trao quyền		
			Đánh giá chất lượng	Phân tích thành phần	Theo mục tiêu
				Phân cấp đánh giá	Theo nhu cầu
				Phân tích hệ thống	Không theo mục tiêu
					Qui trình-kết quả
					Thực tiễn
					Kiểm toán hiệu năng
Thu thập bằng chứng	Đánh giá tài liệu, cơ sở dữ liệu	Kết hợp phân tích tài liệu, phỏng vấn và quan sát	Quan sát tại chỗ	Cách tiếp cận hệ thống đòi hỏi phải sẵn có các hệ thống thông tin quản lý	Thiết kế nghiên cứu xác định trước
	Thăm hiện trường, Nhóm tập trung, Kỹ thuật nhóm danh nghĩa	Phát hiện bao gồm kế hoạch chương trình và ý nghĩa đối với tổ chức. Có thể dẫn đến cải thiện tinh thần	Bản câu hỏi khảo sát		Nhóm thí nghiệm và nhóm đối chứng nếu có thể
	Kỹ thuật Delphi để đánh giá nhu cầu		Phòng vấn		Quan sát
			Nhóm tập trung	Sử dụng chỉ số, và	Bài thi và các số liệu định lượng khác
			Mức độ cấu trúc dữ liệu phụ thuộc vào cách tiếp cận.	sử dụng hiệu quả thông tin về hiệu suất	Để xác định toàn bộ kết quả đòi hỏi phải sử dụng nhiều phương pháp điều tra và bằng chứng định tính hơn
			Có thể có sự tham gia của người cung cấp kiến thức (giáo viên) và người tham gia chương trình (sinh viên)		



Loại hình câu hỏi	Có nhu cầu cho chương trình không?	Kết quả dự kiến là gì và chương trình được thiết kế như thế nào để đạt được những kết quả đó?	Chương trình nhằm đạt được những gì?	Chương trình có đến được với đối tượng đích không?	Chương trình có được triển khai theo kế hoạch không?	
	Chúng ta biết gì về vấn đề mà chương trình sẽ giải quyết?	Lý do triển khai thực hiện chương trình là gì?	Chương trình đang tiến hành thế nào?	Việc triển khai thực hiện có đáp ứng các mục tiêu và tiêu chuẩn đặt ra không?	Có đạt được các mục tiêu đề ra không?	
			Quá trình giảng dạy có hiệu quả không?	Việc triển khai thực hiện như thế nào giữa các địa điểm giảng dạy?	Có đáp ứng được nhu cầu của sinh viên, giáo viên mà chương trình xây dựng để phục vụ không?	
			Việc giảng dạy có thống nhất với chương trình không?	Việc giảng dạy hiện nay như thế nào so với một tháng / sáu tháng/một năm trước?	Những kết quả ngoài dự kiến là gì?	
	Cách làm nào được công nhận là thực hành tốt nhất?	Cần thay đổi những yếu tố nào để đạt tối đa kết quả dự kiến?	Cần thay đổi phương pháp cung ứng như thế nào để có hiệu quả hơn ?	Chỉ phí tăng hay giảm?	Những khác biệt trong quá trình thực hiện ảnh hưởng thế nào tới kết quả?	
			Chương trình có hợp lý không?	Có thể thay đổi cách tổ chức như thế nào để đạt hiệu quả hơn?	Chương trình có hiệu quả với một số sinh viên hơn một số khác không?	
				Những phần nào của chương trình có thể sửa đổi cho phù hợp với việc giám sát đánh giá tác động sau này?	Có địa điểm thực hiện chương trình nào cần lưu ý để đảm bảo giảng dạy hiệu quả hơn không?	Chương trình có hiệu quả so với chi phí không?

Nguồn: Trích từ Owen J. *Program evaluation: forms and approaches*, 2006 [1].

## Bước 2: Thu thập và phân tích thông tin

### Thu thập thông tin

Có nhiều nguồn dữ liệu và phương pháp thu thập số liệu cần cân nhắc sử dụng trong công tác đánh giá chương trình giảng dạy về an toàn bệnh nhân hay bất kỳ đối tượng đánh giá nào khác. Sử dụng bao nhiêu và những nguồn dữ liệu và phương pháp thu thập nào tùy thuộc vào mục đích, hình thức, quy mô và phạm vi đánh giá. Những nguồn dữ liệu tiềm năng gồm:

- sinh viên (sẽ học, hiện đang học, đã học, bỏ học);
- bản thân (tham gia tự nhận xét);
- đồng nghiệp (cùng dạy môn học, trợ giảng, các giáo viên bên ngoài);
- các chuyên gia thiết kế môn học/giảng dạy;
- giáo viên phụ trách phát triển chuyên môn;
- sinh viên đã tốt nghiệp và người sử dụng lao động (ví dụ các bệnh viện);
- tài liệu và hồ sơ (ví dụ tài liệu giảng dạy, hồ sơ kiểm tra đánh giá).

Có thể thu thập số liệu từ những nguồn kể trên theo nhiều cách, từ tự nhận xét, bảng câu hỏi khảo sát, nhóm tập trung, phỏng vấn cá nhân, dự giờ, và nghiên cứu hồ sơ/tài liệu.

### Tự nhận xét

Tự nhận xét là một hoạt động quan trọng đối với mọi nhà giáo dục và có vai trò quan trọng trong đánh giá. Đây là một phương pháp hiệu quả để nhận xét, bao gồm:

- viết lại những trải nghiệm dạy học của mình (trong trường hợp này là trải nghiệm khi dạy về an toàn bệnh nhân) hoặc phản hồi nhận được từ người khác;
- mô tả những gì bạn cảm thấy và liệu bạn có ngạc nhiên về những cảm giác đó không;
- đánh giá lại trải nghiệm của bạn trong hoàn cảnh của những giả định đặt ra [3]:  
– Những giả định đó có tốt không? Vì sao?

Sử dụng hình thức tự nhận xét sẽ cho phép phát triển các quan điểm mới và cam kết mạnh mẽ hơn với hành động

về mặt cải thiện hay củng cố chương trình và/hoặc việc giảng dạy.

#### *Bảng câu hỏi khảo sát*

Bảng câu hỏi khảo sát dễ dàng là phương pháp thu thập số liệu phổ biến nhất, cung cấp thông tin về kiến thức, niềm tin, thái độ và hành vi của mọi người[4].

Nếu bạn quan tâm đến nghiên cứu và công bố kết quả đánh giá, thì có thể cần phải sử dụng một bảng câu hỏi khảo sát đã được chứng minh là xác thực và công bố. Làm như vậy sẽ giúp bạn đỡ mất thời gian và nguồn lực và cho phép so sánh kết quả đánh giá của bạn với kết quả của những nghiên cứu khác cũng sử dụng cùng loại công cụ thu thập số liệu đó. Bước đầu tiên hữu ích luôn là tìm những công cụ như vậy có thể đã có trong các tài liệu đã được công bố.

Tuy nhiên, thường thì giáo viên/khoa đào tạo/trường đại học hay chọn xây dựng bảng câu hỏi khảo sát của mình để sử dụng. Bảng câu hỏi khảo sát có thể bao gồm các câu hỏi mở và/hoặc câu hỏi đóng và có nhiều hình thức khác nhau, như các ô phân loại để đánh dấu  $\surd$ , thang đánh giá, hay vấn bản tự do. Thiết kế bảng câu hỏi khảo sát tốt là phần không thể thiếu của thu thập số liệu có chất lượng và đã có nhiều tài liệu viết về tầm quan trọng cách sắp xếp và làm thế nào để xây dựng được các mục câu hỏi phù hợp [5]. Bạn có thể sẽ muốn tham khảo một trong những tài liệu hoặc nguồn thông tin được cung cấp trước khi xây dựng bảng câu hỏi khảo sát để đánh giá chương trình giảng dạy về an toàn bệnh nhân.

#### *Nhóm tập trung*

Nhóm tập trung là một phương pháp và cách thức điều tra hữu ích để tìm hiểu về quan điểm của sinh viên hoặc giáo viên [6]. Nhóm tập trung thường cung cấp thông tin chi tiết hơn bảng câu hỏi khảo sát và cho phép tương tác linh hoạt để tìm hiểu thêm về thái độ đối với và trải nghiệm về thay đổi của chương trình giảng dạy. Có thể dùng nhóm tập trung kết hợp với bảng câu hỏi khảo sát hoặc các phương pháp thu thập số liệu khác như một cách kiểm tra hoặc phép đạc tam giác số liệu, và có thể có nhiều cách cấu trúc và thực hiện nhóm tập trung khác nhau, từ trò chuyện thoải mái linh hoạt tới tổ chức nhóm chặt chẽ và trang trọng. Tùy vào nguồn lực hiện có và mức độ phân tích cần có mà bạn có thể muốn ghi âm hoặc ghi hình thảo luận nhóm tập trung cùng với hoặc thay thế cho việc ghi chép.

### *Phòng vấn cá nhân*

Phòng vấn cá nhân tạo cơ hội để tìm hiểu chi tiết hơn về thái độ đối với khả năng thay đổi chương trình giảng dạy và trải nghiệm với chương trình đó nếu đã được thực hiện. Cũng như đối với nhóm tập trung, hình thức phòng vấn cá nhân có thể gồm phòng vấn không cấu trúc, bán cấu trúc hoặc có cấu trúc. Mặc dù phòng vấn cá nhân cung cấp thông tin về trải nghiệm không được phong phú như qua thảo luận nhóm tập trung, hình thức phòng vấn này cũng cho phép điều tra viên tìm hiểu chi tiết hơn về quan điểm và trải nghiệm của một cá nhân cụ thể. Phòng vấn mặt đối mặt có thể là một phương pháp hữu hiệu để có được số liệu đánh giá từ đồng nghiệp, giảng viên hoặc giáo viên hướng dẫn, hoặc lãnh đạo khoa đào tạo.

### *Dự giờ*

Đối với một vài hình thức đánh giá thì tiến hành dự một số giờ dạy về an toàn bệnh nhân có thể có ích để có được hiểu biết chi tiết hơn về cách thức học liệu được truyền tải và/hoặc đón nhận. Để dự giờ cần sử dụng một chương trình làm khung dự giờ. Chương trình đó có thể không cần cấu trúc chặt chẽ (ví dụ chỉ là một tờ giấy trắng để ghi chép) hoặc được cấu trúc chặt chẽ (ví dụ người dự giờ xếp hạng đối tượng đánh giá theo một loạt khía cạnh/thành phần xác định trước và nhận xét về từng phần một).

### *Tài liệu/hồ sơ*

Bạn cũng có thể muốn kiểm tra các thông tin thống kê hoặc đã được lưu hồ sơ như một phần của quá trình đánh giá, ví dụ như tài liệu giảng dạy hoặc kết quả học tập của sinh viên. Những thông tin khác như số liệu của bệnh viện về biến cố bất lợi cũng có thể có ích, tùy theo câu hỏi đánh giá của bạn.

### *Phân tích*

Khi thu thập số liệu bạn có thể sử dụng một trong những phương pháp trên hoặc những phương pháp khác, hoặc có thể nhiều phương pháp khác nhau. Tuy nhiên luôn luôn có ba thành phần liên hệ với nhau cần phải cân nhắc khi phân tích số liệu[1]:

- trình bày số liệu—tổ chức và sắp xếp thông tin thu thập được một cách có ý nghĩa;
- rút gọn số liệu—đơn giản hóa và chuyển đổi thông tin thô sang hình thức dễ xử lý và sử dụng hơn;
- rút ra kết luận—rút ra ý nghĩa từ số liệu theo các câu hỏi đánh giá.

### **Bước 3: Phổ biến kết quả và hành động**

Có một hiện tượng khá phổ biến là các kết luận và đề xuất đưa ra trên cơ sở đánh giá thường không được quan tâm tiếp thu để có hành động chỉnh sửa—bước đầu tiên để tránh tình trạng đó xảy ra là đảm bảo sao cho những thông tin quý giá đó được gửi tới tất cả

các bên hữu quan theo một cách có ý nghĩa. Nếu đánh giá tập trung vào chất lượng của việc giảng dạy về an toàn bệnh nhân, thì kết quả (ví dụ thông tin từ bảng câu hỏi khảo sát cho sinh viên, từ các buổi dự giờ của đồng nghiệp) phải được chuyển cho và trao đổi không chỉ với lãnh đạo, mà với cả các giáo viên. Brinko [7] đưa ra một đánh giá tuyệt vời về thực hành tốt nhất đối với quy trình gửi phản hồi cho sinh viên và đồng nghiệp. Điều quan trọng là bất kỳ ý kiến phản hồi nào cũng phải được đón nhận theo cách có thể khuyến khích phát triển hoặc cải tiến. Nếu việc đánh giá tập trung vào hiệu quả của chương trình giảng dạy về an toàn bệnh nhân, thì tất cả các kết luận và đề xuất cải tiến phải được thông tin cho tất cả những người tham gia thực hiện chương trình (ví dụ khoa đào tạo, giáo viên

và sinh viên ở cơ sở đào tạo). Hình thức phổ biến thông tin phải có ý nghĩa và phù hợp. Trao đổi thông tin về kết quả đánh giá, phát hiện và đề xuất là chất xúc tác chủ chốt đảm bảo cải thiện trong giảng dạy và thiết kế chương trình giảng dạy về an toàn bệnh nhân.

#### **Công cụ và tài liệu học tập**

Bạn có thể sẽ thấy những tài liệu sau hữu ích cho các giai đoạn lập kế hoạch và triển khai đánh giá:

DiCicco-Bloom B, Crabtree BF. The qualitative research interview. *Medical Education*, 2006, 40:314–321.

Neuman WL. *Social research methods: qualitative and quantitative approaches*, 6th ed. Boston, Pearson Educational Inc, Allyn and Bacon, 2006.

Payne DA. *Designing educational project and program evaluations: a practical overview based on research and experience*. Boston, Kluwer Academic Publishers, 1994.

University of Wisconsin-Extension. *Program development and evaluation*, 2008 (<http://www.uwex.edu/ces/pdande/evaluation/>; accessed 17 February 2010).

Wilkes M, Bligh J. Evaluating educational interventions. *British Medical Journal*, 1999, 318:1269–1272.

#### **Tài liệu tham khảo**

1. Owen J. *Program evaluation: forms and approaches*, 3rd ed. Sydney, Allen & Unwin, 2006.
2. Boud D, Keogh R, Walker D. *Reflection, turning experience into learning*. London, Kogan Page Ltd, 1985.
3. Boynton PM, Greenhalgh T. Selecting, designing and developing your questionnaire. *British Medical Journal*, 2004, 328:1312–1315.
4. Leung WC. How to design a questionnaire. *Student British Medical Journal*, 2001, 9:187–189.
5. Taylor-Powell E. *Questionnaire design: asking questions with a purpose*. University of Wisconsin-Extension, 1998 (<http://learningstore.uwex.edu/pdf/G36582.pdf>; accessed 17 February 2011).
6. Barbour RS. Making sense of focus groups. *Medical Education*, 2005, 39:742–750.
7. Brinko K. The practice of giving feedback to improve teaching: what is effective? *Journal of Higher Education*, 1993, 64:574–593.

---

# 11. Công cụ và tài liệu trực tuyến

Mỗi chủ đề có một bộ công cụ được lựa chọn trên mạng World Wide Web và được thiết kế để hỗ trợ các cán bộ y tế và sinh viên cải thiện chất lượng chăm sóc cho bệnh nhân. Chúng tôi chỉ đưa ra những công cụ cung cấp miễn phí trên mạng Internet. Tất cả các trang mạng đều có thể truy cập từ tháng 1/2011.

Trong danh sách các công cụ và tài liệu đó có các ví dụ về hướng dẫn, bảng kiểm, trang web, cơ sở dữ liệu, báo cáo và tài liệu truyền thông. Chỉ rất ít công cụ trong số đó đã được xác nhận thông qua một quá trình nghiêm ngặt. Phần lớn các phép đo chất lượng thường là về các quy trình chăm sóc và chất lượng áp dụng cho nhóm bệnh nhân trong môi trường có tình huống cụ thể [1], như một phòng bệnh nhân, khoa phục hồi chức năng hay phòng khám.

Đa số các sáng kiến an toàn bệnh nhân đòi hỏi nhân viên y tế phải đánh giá các bước mà họ thực hiện trong quy trình cung ứng chăm sóc y tế. Bằng cách đó bạn sẽ có thể biết liệu những thay đổi theo kế hoạch có mang lại khác biệt gì trong chăm sóc người bệnh hay kết quả chăm sóc không. Tập trung vào đánh giá là điều cần thiết và là một bước quan trọng trong giảng dạy về an toàn bệnh nhân; Nếu bạn không đánh giá được, thì làm sao biết tình hình có được cải thiện hay không? Mặc dù ta không trông đợi là sinh viên sẽ tự đánh giá được kết quả thực hiện của mình khi họ tốt nghiệp, song họ cần làm quen với chu trình PDSA (Lập kế hoạch – Thực hiện – Nghiên cứu – Hành động) là cơ sở cho đánh giá. Nhiều công cụ đưa ra trên mạng Internet đều kết hợp chu trình PDSA.

## Tài liệu tham khảo

1. Pronovost PJ, Miller MR, Wachter RM. Tracking progress in patient safety: an elusive target. *Journal of the American Medical Association*, 2006, 6:696–699.

## 12. Làm thế nào để củng cố cách tiếp cận quốc tế về giáo dục an toàn bệnh nhân

### An toàn bệnh nhân ảnh hưởng tới tất cả các quốc gia

Năm 2002, các quốc gia thành viên của WHO đã nhất trí thông qua một Nghị quyết của Hội đồng Y tế Thế giới về an toàn bệnh nhân công nhận bằng chứng thuyết phục về sự cần thiết phải giảm thiểu tổn hại và đau đớn cho bệnh nhân và gia đình họ, và những lợi ích kinh tế của việc cải thiện an toàn bệnh nhân. Mức độ tổn hại mà chăm sóc y tế gây ra cho người bệnh đã được làm rõ nhờ việc công bố nghiên cứu từ một số quốc gia trong đó có Australia, Ca-na-đa, Đan Mạch, New Zealand, Vương quốc Anh (UK) và Hoa Kỳ (USA). An toàn bệnh nhân là mối quan ngại quốc tế và một thực tế được công nhận rộng rãi là các biến cố bất lợi đã không được báo cáo đầy đủ. Trong khi đa số nghiên cứu về an toàn bệnh nhân đều được tiến hành ở Australia, Vương quốc Anh và Hoa Kỳ và một số quốc gia châu Âu, những người ủng hộ vấn đề an toàn bệnh nhân muốn thấy an toàn bệnh nhân được áp dụng ở tất cả các quốc gia trên thế giới, chứ không chỉ ở những nước có nguồn lực để tiến hành nghiên cứu và công bố sáng kiến an toàn bệnh nhân của họ. Mục tiêu quốc tế hóa vấn đề an toàn bệnh nhân này đòi hỏi những cách tiếp cận mới mẽ đối với giáo dục về an toàn bệnh nhân cho các bác sĩ và nhân viên y tế tương lai.

### Toàn cầu hóa

Phong trào toàn cầu của điều dưỡng, bác sĩ và các nhân viên y tế khác đã mang lại nhiều cơ hội củng cố công tác giáo dục và đào tạo sau đại học về y tế. Sự di biến động của sinh viên và giáo viên, và liên kết giữa các chuyên gia quốc tế về thiết kế chương trình đào tạo, phương pháp giảng dạy và kiểm tra đánh giá, kết hợp với cơ sở đào tạo và môi trường lâm sàng địa phương, đã dẫn đến sự tương đồng về những yếu tố cấu thành chương trình đào tạo y tế tốt [1].

WHO đã ghi nhận có sự thiếu hụt khoảng 4,3 triệu nhân viên chăm sóc sức khỏe trên toàn cầu. Hiện tượng 'cháy máu chất xám' chuyên gia y tế càng làm khủng hoảng trầm trọng thêm ở các nước đang phát triển. Có

bằng chứng cho thấy là những nước đang phát triển đầu tư vào giáo dục các thể hệ cán bộ y tế tương lai đang phải chứng kiến việc tài sản của mình bị hệ thống y tế của các nước có nền kinh tế đang chuyển đổi hoặc tiên tiến hơn tước đoạt mất khi họ trải qua thời kỳ thiếu lực lượng lao động [2].

Hiện tượng toàn cầu hóa cung ứng chăm sóc sức khỏe đã buộc các nhà giáo dục về chăm sóc sức khỏe phải nhìn nhận những thách thức của công tác chuẩn bị cho tất cả sinh viên của các chuyên ngành y tế như thế nào để họ không chỉ sẽ làm việc ở nước mình, mà còn để làm việc ở hệ thống y tế của các quốc gia khác. Harden [3] mô tả một mô hình ba chiều của đào tạo y khoa, phù hợp với toàn bộ nền giáo dục về chăm sóc sức khỏe, trên cơ sở những nhân tố sau:

- sinh viên (địa phương hay quốc tế);
- giáo viên (địa phương hay quốc tế);
- chương trình đào tạo (quốc gia, nhập khẩu hay quốc tế).

Theo cách tiếp cận truyền thống đối với việc dạy và học về an toàn bệnh nhân, sinh viên và giáo viên địa phương áp dụng chương trình giảng dạy của địa phương. Còn trong mô hình đào tạo sau đại học hoặc đào tạo cho sinh viên quốc tế, sinh viên từ một nước sẽ học theo chương trình đào tạo của một nước khác, do giảng viên của một nước thứ ba xây dựng. Trong mô hình chi nhánh đào tạo của trường y khoa thì sinh viên, thường là người địa phương, được học theo chương trình đào tạo nhập khẩu do cả giáo viên quốc tế và trong nước cùng giảng dạy.

Một đặc điểm thứ hai cần xem xét trong tình huống quốc tế hóa đào tạo về y tế là tính kinh tế của các công nghệ dạy học điện tử đã cho phép có sự liên kết toàn cầu, và người cung cấp nguồn học liệu, người dạy và người học đều không bắt buộc cùng một lúc phải có mặt ở cơ sở đào tạo, ở bệnh viện hoặc ngoài cộng đồng.



Chu trình cũ của chương trình đào tạo nhấn mạnh vào sự di biến động của sinh viên, giáo viên và chương trình giảng dạy giữa hai quốc gia cùng chung biên giới thông qua thỏa thuận chung, với mong muốn là quốc gia nơi sinh viên sẽ làm việc chịu trách nhiệm chính về đào tạo sau khi sinh viên tốt nghiệp.

Cách tiếp cận mới toàn cầu hóa giáo dục về an toàn bệnh nhân được tích hợp và gắn vào chương trình đào tạo, và thu hút sự hợp tác giữa nhiều trường ở các nước khác nhau. Trong cách tiếp cận đó, các nguyên tắc an toàn bệnh nhân được giảng dạy trong bối cảnh toàn cầu chứ không phải chỉ trong bối cảnh của một quốc gia duy nhất.

Mô hình này mang đến nhiều thách thức và cơ hội cho hợp tác quốc tế trong giáo dục về an toàn bệnh nhân. Tài liệu Hướng dẫn Chương trình giảng dạy này là cơ sở tuyệt vời cho sự hợp tác đó. Điều quan trọng là tiêu chuẩn của các cơ sở đào tạo y khoa cần phải được xem xét để đảm bảo các nguyên tắc an toàn bệnh nhân được đưa vào chương trình. Ở cấp độ quốc gia, quan trọng là các nước phải điều chỉnh và sửa đổi tài liệu giảng dạy. Một ví dụ tốt về cách tiếp cận quốc tế về giáo dục y khoa là trải nghiệm với trường y khoa ảo [4]. Một số trường đại học quốc tế đã cộng tác để hình thành một trường y khoa ảo phục vụ giảng dạy và học tập điện tử. Mô hình này có thể áp dụng cho giảng dạy về an toàn bệnh nhân. Sáng kiến tiếp cận giáo dục mở toàn dân (People's Open Access Education Initiative: Peoples-uni) (<http://www.peoples-uni.org/>; truy cập 17/2/2011) đã thiết lập một chương trình đào tạo trên nền web về an toàn bệnh nhân cho các cán bộ y tế không có điều kiện tham dự những khóa đào tạo sau đại học tốn kém hơn.

Những thành phần thường có trong chương trình đào tạo trực tuyến/áo về an toàn bệnh nhân có thể gồm:

- một thư viện trực tuyến, có thể cung cấp tiếp cận những nguồn thông tin cập nhật, công cụ và hoạt động học tập, và tiếp cận tài liệu quốc tế về an toàn bệnh nhân (ví dụ các chủ đề ATBN);
- tiện ích “hỏi chuyên gia” tiếp cận trực tuyến với các chuyên gia về an toàn bệnh nhân từ nhiều quốc gia khác nhau;
- ngân hàng tình huống an toàn bệnh nhân, với trọng tâm là các nguy cơ về y đức, thông báo cho bệnh nhân và xin lỗi;
- cách tiếp cận an toàn bệnh nhân có tính đến đặc điểm văn hóa và tôn trọng năng lực;
- ngân hàng bài thi/câu hỏi kiểm tra đánh giá về an toàn bệnh nhân để chia sẻ (ví dụ như Hiệp hội quốc tế trao đổi ngân hàng đề thi đánh giá sinh viên Hong Kong - International Consortium for Sharing Student Assessment Banks) là một hiệp hội quốc tế của các trường y khoa cùng nhau duy trì một ngân hàng đề thi đánh giá quá trình và đánh giá tổng hợp mọi thành phần của các khóa đào tạo y khoa).

Có rất ít chuyên gia về nội dung đào tạo về an toàn bệnh nhân và người xây dựng chương trình đào tạo, mà họ lại thường ở rải rác ở các quốc gia khác nhau và thường làm việc đơn lẻ. Điều đó cản trở việc chia sẻ thông tin, đổi mới và phát triển, và thường dẫn đến sự chồng chéo về nguồn tài liệu và hoạt động học tập. Một cách tiếp cận quốc tế về giáo dục an toàn bệnh nhân sẽ đảm bảo xây dựng năng lực thực sự về giáo dục và đào tạo an toàn bệnh nhân trên toàn thế giới. Đó là một cách để các nước phát triển chia sẻ nguồn lực về chương trình đào tạo với các nước đang phát triển.

#### Tài liệu tham khảo

1. Schwarz MR, Wojtczak A. Global minimum essential requirements: a road towards competency oriented medical education. *Medical Teacher*, 2002, 24:125–129.
2. World Health Organization, *Working together for Health*, The World Health Report 2006 ([http://www.who.int/whr/2006/whr06\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf); accessed 15 June 2011).
3. Harden RM. International medical education and future directions: a global perspective. *Academic Medicine*, 2006, 81 (Suppl.):S22–S29.
4. Harden RM, Hart IR. An international virtual medical school (IVIMEDS): the future for medical education? *Medical Teacher*.





# Phần B

## Chủ đề trong Tài liệu Hướng dẫn chương trình giảng dạy

Hướng dẫn chương  
trình giảng dạy về  
An toàn bệnh nhân:  
Ấn bản đa ngành

# Định nghĩa các Khái niệm chủ chốt

**Khung khái niệm cho phân loại quốc tế về An toàn bệnh nhân của WHO (v.1.1). Báo cáo kỹ thuật tổng kết 2009**

- 1. Phản ứng có hại:** tổn hại ngoài ý muốn, xảy ra sau khi hành động thích hợp được thực hiện đúng theo quy trình cho tình huống đó.
- 2. Tác nhân:** là một chất, đối tượng hay hệ thống hoạt động dẫn đến thay đổi.
- 3. Thuộc tính:** phẩm chất, đặc tính hoặc đặc điểm của người hoặc vật.
- 4. Hoàn cảnh:** tình huống hoặc nhân tố có thể tác động tới một **sự kiện**, **tác nhân** hoặc con người.
- 5. Loại:** một nhóm hoặc tập hợp những vật giống nhau.
- 6. Phân loại:** sắp xếp các **khái niệm** thành **các nhóm** và phân nhóm được liên kết để thể hiện mối quan hệ ngữ nghĩa giữa những nhóm đó.
- 7. Khái niệm:** nghĩa hoặc thể hiện nghĩa.
- 8. Yếu tố đóng góp:** một hoàn cảnh, hành động hoặc tác động được cho là góp phần tạo ra hoặc thúc đẩy một **sự cố** hoặc làm tăng **nguy cơ** dẫn đến **sự cố**.
- 9. Mức độ tổn hại:** mức độ nghiêm trọng và kéo dài của tổn hại, và các biến chứng của điều trị, hậu quả của một **sự cố**.
- 10. Phát hiện:** hành động hoặc **hoàn cảnh** dẫn đến việc phát hiện một **sự cố**.
- 11. Khuyết tật:** bất kỳ tổn hại nào của cấu trúc cơ thể hoặc hạn chế hoạt động và/hoặc hạn chế sự tham gia vào đời sống xã hội có liên quan tới **tổn hại** trước đây hoặc hiện tại
- 12. Bệnh tật:** trục trặc trong hoạt động thể chất hoặc tâm lý.
- 13. Sai sót:** thất bại trong việc thực hiện một hành động theo kế hoạch dự kiến hoặc áp dụng kế hoạch sai.
- 14. Biến cố:** sự cố xảy ra với hoặc có liên quan đến **bệnh nhân**.
- 15. Tổn hại:** sự hư hỏng/suy yếu cơ cấu hoạt động của cơ thể và/hoặc bất kỳ tác hại nào bắt nguồn từ sự suy yếu đó. Tổn hại bao gồm **bệnh tật**, **thương tích**, **đau đớn**, **khuyết tật**.
- 16. Biến cố có hại (biến cố bất lợi):** là **sự cố** gây tổn hại cho **người bệnh**.
- 17. Mối nguy:** **hoàn cảnh**, **tác nhân** hay hành động có tiềm năng gây tổn hại.
- 18. Sức khỏe:** trạng thái khỏe mạnh về thể chất, tâm thần và xã hội, chứ không chỉ là không **mắc bệnh** hoặc ốm yếu.
- 19. Chăm sóc sức khỏe:** các dịch vụ mà cá nhân và cộng đồng nhận được để nâng cao, duy trì, giám sát hoặc phục hồi **sức khỏe**.
- 20. Nhiễm khuẩn bệnh viện:** **tổn hại** bắt nguồn từ hoặc liên quan tới các kế hoạch hoặc hành động được thực hiện trong quá trình chăm sóc sức khỏe, chứ không phải bệnh tật hoặc tổn thương cơ bản.
- 21. Đặc điểm sự cố:** những **thuộc tính** của một **sự cố**.
- 22. Loại hình sự cố:** thuật ngữ mô tả một loại hình gồm các sự cố cùng tính chất, được tập hợp thành một nhóm do có những đặc điểm chung.

23. **Thương tích:** thương tổn cơ thể do một **tác nhân** hoặc **biên cố** gây ra.
24. **Yếu tố giảm nhẹ:** hành động hoặc **hoàn cảnh** ngăn ngừa hoặc giảm nhẹ mức độ gây tổn hại cho **bệnh nhân** của một **sự cố**.
25. **Cận nguy:** **sự cố** không tác động tới bệnh nhân.
26. **Sự cố không gây hại:** một sự cố xảy ra với bệnh nhân, nhưng không gây tổn hại rõ ràng.
27. **Bệnh nhân:** người được **chăm sóc sức khỏe**.
28. **Đặc điểm bệnh nhân:** một số **đặc tính** của một **người bệnh**.
29. **Tác động đối với bệnh nhân:** Tác động đối với bệnh nhân bắt nguồn một phần hoặc toàn bộ từ một **sự cố**.
30. **An toàn bệnh nhân:** làm giảm hết mức có thể nguy cơ gây **tổn hại** không cần thiết liên quan đến chăm sóc y tế.
31. **Sự cố an toàn bệnh nhân:** **sự cố** hay **hoàn cảnh** có thể dẫn đến, hoặc đã gây ra **tổn hại** không cần thiết cho **người bệnh**.
32. **Có thể phòng ngừa được:** được cộng đồng công nhận là có thể tránh được trong một hoàn cảnh cụ thể.
33. **Hoàn cảnh cần phải báo cáo:** tình huống có tiềm năng đáng kể sẽ gây tổn hại, song chưa xảy ra sự cố.
34. **Nguy cơ:** khả năng có thể xảy ra **sự cố**.
35. **An toàn:** làm giảm hết mức có thể nguy cơ gây **tổn hại** không cần thiết.
36. **Quan hệ ngữ nghĩa:** cách thức mọi vật (như các **hạng/loại** hoặc **khái niệm**) liên kết với nhau theo nghĩa của chúng.
37. **Tác dụng phụ:** là tác dụng ngoài mong muốn, liên quan đến các tính chất dược lý của thuốc.
38. **Đau đớn:** trải nghiệm sự khó chịu chủ quan.

39. **Vi phạm:** Cố ý không tuân theo quy trình, tiêu chuẩn hoặc quy định thực hiện.

Nguồn: *WHO conceptual framework for the international classification for patient safety*. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/patientsafety/en/>; accessed 11 March 2011).

#### Định nghĩa từ các nguồn khác

1. **Nhiễm khuẩn bệnh viện:** tình trạng nhiễm khuẩn không hiện diện hoặc tiềm ẩn tại thời điểm bệnh nhân nhập viện, thường bắt đầu có biểu hiện sau hơn ba ngày kể từ khi nhập viện điều trị [1].
2. **Văn hóa an toàn bệnh nhân:** là văn hóa thể hiện năm thuộc tính ở mức cao mà nhân viên y tế nỗ lực đưa vào thao tác thông qua việc triển khai thực hiện các hệ thống quản lý an toàn mạnh mẽ; (1) văn hóa trong đó mọi nhân viên y tế (gồm những người trực tiếp điều trị cho người bệnh, bác sĩ và cán bộ quản lý điều hành) đứng ra chịu trách nhiệm về an toàn của bản thân, của đồng nghiệp, bệnh nhân và khách đến thăm; (2) văn hóa ưu tiên đặt an toàn lên trước mục tiêu về tài chính và hoạt động; (3) văn hóa khuyến khích và khen thưởng nỗ lực phát hiện, thông báo và giải quyết các vấn đề an toàn; (4) văn hóa trong đó tổ chức có cơ hội rút kinh nghiệm từ sự cố; (5) văn hóa cung cấp nguồn lực, cơ cấu và trách nhiệm giải trình phù hợp để duy trì hiệu quả các hệ thống đảm bảo an toàn [2].

#### Tài liệu tham khảo

1. National Audit Office. Department of Health. *A Safer Place for Patients: Learning to improve patient safety*. London: Comptroller and Auditor General (HC 456 Session 2005-2006). 3 November 2005.
2. Forum and End Stage Renal Disease Networks, National Patient Safety Foundation, Renal Physicians Association. National ESRD Patient Safety Initiative: Phase II Report. Chicago: National Patient Safety Foundation, 2001.

# Giải thích biểu tượng

Số trang hình chiếu 

Số thứ tự của chủ đề → 

Nhóm 

Bài giảng 

Bài tập mô phỏng 

DVD 

Sách 

# Giới thiệu các chủ đề trong Hướng dẫn chương trình giảng dạy

## Lấy người bệnh làm trung tâm

Chương trình giảng dạy lấy người bệnh làm trung tâm này được đặc biệt thiết kế cho sinh viên các chuyên ngành y tế và đặt người bệnh, khách hàng và người chăm sóc vào vị trí trung tâm của kiến thức về chăm sóc sức khỏe và cung ứng dịch vụ. Kiến thức cơ bản và ứng dụng, và việc thị phạm thao tác theo yêu cầu đưa ra trong các chủ đề này đòi hỏi người học và nhân viên y tế phải suy nghĩ về cách kết hợp các khái niệm và nguyên tắc an toàn bệnh nhân vào thực hành làm việc hàng ngày.

Nhìn chung ở mọi quốc gia bệnh nhân và cả cộng đồng vẫn chủ yếu chỉ là những người quan sát thụ động các thay đổi quan trọng đang xảy ra trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe. Nhiều bệnh nhân vẫn chưa hoàn toàn tham gia vào việc đưa ra quyết định về chăm sóc sức khỏe cho mình, họ cũng không tham gia thảo luận về cách cung ứng chăm sóc sức khỏe như thế nào là tốt nhất. Đa phần các dịch vụ y tế ngày nay vẫn tiếp tục coi nhân viên y tế là nhân vật trung tâm của hoạt động chăm sóc sức khỏe. Các mô hình lấy bệnh tật làm trung tâm nhấn mạnh vào vai trò của chuyên gia y tế và sự quản lý của các tổ chức mà không quan tâm đúng mức tới người bệnh, là những đối tượng thụ hưởng chăm sóc y tế. Người bệnh cần phải được coi là trung tâm của hoạt động chăm sóc, chứ không phải là ở vị trí cuối cùng để nhận sự chăm sóc mà thôi.

Có những bằng chứng mạnh mẽ cho thấy là bệnh nhân có thể tự quản lý được tình trạng bệnh của mình một cách hiệu quả với sự giúp đỡ phù hợp. Giảm bớt quan tâm tới tình huống nghiêm trọng và quan tâm nhiều hơn tới việc điều trị cho bệnh nhân ở nhiều vị trí khác nhau đòi hỏi nhân viên y tế phải đặt lợi ích của người bệnh lên trên hết – phải tìm kiếm và cung cấp thông tin phù hợp với những khác biệt về văn hóa và tôn giáo của họ, xin được phép điều trị và làm việc với họ, cư xử trung thực khi có trục trặc xảy ra hoặc khi chất lượng chăm sóc chưa được tốt nhất, và tập trung dịch vụ chăm sóc sức khỏe vào mục tiêu phòng ngừa và giảm thiểu rủi ro hoặc tổn hại.

## Quan điểm cộng đồng

Các quan điểm cộng đồng về chăm sóc sức khỏe phản ánh nhu cầu đang thay đổi trong suốt cuộc đời của một cá nhân và liên quan tới việc sống lành mạnh, khỏe hơn, sống chung với bệnh tật hay khuyết tật và đối mặt với cái chết. Môi trường chăm sóc sức khỏe đang thay đổi (những mô hình chăm sóc mới để điều trị các bệnh mạn tính và bệnh cấp, cơ sở bằng chứng ngày càng nhiều và đổi mới công nghệ, chăm sóc y tế phức tạp do các nhóm nhân viên y tế thực hiện, và sự tham dự của bệnh nhân và người chăm sóc vào quá trình điều trị) đã làm nảy sinh những nhu cầu mới đối với lực lượng lao động y tế. Hướng dẫn chương trình giảng dạy này nhìn nhận môi trường đang thay đổi đó và mục tiêu của nó là đề cập tới nhiều loại hình bệnh nhân khác nhau trong nhiều tình huống và ở nhiều địa điểm, do nhiều nhân viên y tế khác nhau chăm sóc, điều trị.

## Vì sao sinh viên ngành y cần phải học về an toàn bệnh nhân?

Những thành tựu khoa học của y học hiện đại đã mang lại những kết quả điều trị được cải thiện đáng kể cho người bệnh. Tuy nhiên, nghiên cứu tiến hành ở nhiều nước cũng cho thấy, đi kèm với những lợi ích mà tiến bộ khoa học mang lại, cũng có nhiều nguy cơ đáng kể đe dọa an toàn của bệnh nhân.

Kết quả chính của hiểu biết đó là sự phát triển của an toàn bệnh nhân thành một chuyên ngành. An toàn bệnh nhân không phải là một chuyên ngành độc lập; mà đúng hơn đó là một chuyên ngành có thể được tích hợp vào mọi lĩnh vực chăm sóc sức khỏe.

Là các nhà lâm sàng và những người lãnh đạo tương lai của ngành y tế, sinh viên cần phải biết về an toàn bệnh nhân, bao gồm cả kiến thức về cách các hệ thống tác động tới chất lượng và an toàn của chăm sóc sức khỏe và cách thức giao tiếp kém sẽ dẫn tới biến cố bất lợi ra sao. Sinh viên cần phải học cách quản lý những thách thức đó và cách xây dựng các chiến lược ngăn ngừa và ứng phó với sai sót và biến chứng, cũng như làm thế nào để đánh giá kết quả nhằm cải thiện hoạt động về lâu dài.

Mục tiêu của Chương trình An toàn bệnh nhân của WHO là cải thiện an toàn cho người bệnh trên toàn thế giới. An toàn bệnh nhân là trách nhiệm của tất cả mọi người— nhân viên y tế, các nhà quản lý, nhân viên quét dọn và dịch vụ ăn uống, cán bộ quản lý, người tiêu dùng và chính trị gia. Vì sinh viên sẽ trở thành các nhà lãnh đạo ngành y tế trong tương lai, nên điều vô cùng quan trọng là họ phải có kiến thức và kỹ năng thành thạo khi áp dụng các nguyên tắc và khái niệm an toàn bệnh nhân vào thực hành. Hướng dẫn Chương trình giảng dạy này trang bị cho sinh viên kiến thức cơ bản về an toàn bệnh nhân, cũng như mô tả những kỹ năng và hành vi cần thiết để giúp họ thực hiện các hoạt động chuyên môn một cách an toàn.

Thời gian dành cho việc xây dựng kiến thức về an toàn bệnh nhân cho sinh viên là vào đầu khóa học. Sinh viên cần sẵn sàng thực hành các kỹ năng và hành vi an toàn bệnh nhân ngay khi họ đến làm việc tại bệnh viện, phòng khám hoặc nhà bệnh nhân. Sinh viên cũng cần có cơ hội, bất kỳ khi nào, để cân nhắc vấn đề an toàn trong môi trường mô phỏng trước khi thực hành trong môi trường thật trong thực tế.

Khi yêu cầu sinh viên tập trung vào mỗi bệnh nhân, yêu cầu họ điều trị cho mỗi bệnh nhân như đối với một con người duy nhất, và thực hành kiến thức và kỹ năng vì lợi ích của người bệnh, bản thân sinh viên có thể làm mẫu cho những nhân viên khác trong hệ thống y tế. Đa số sinh viên các chuyên ngành y tế bước vào trường học với nhiều dự định tốt đẹp, song thực tiễn trong hệ thống y tế đôi khi làm họ giảm bớt tinh thần lạc quan. Chúng ta muốn sinh viên có thể duy trì được tinh thần lạc quan của mình và tin là họ có thể đem lại thay đổi cho cuộc sống của cá nhân mỗi người bệnh và của cả hệ thống y tế.

### **Làm thế nào để dạy về ATBN: giải quyết rào cản**

Sinh viên học tập có hiệu quả hay không tùy thuộc vào việc giảng viên phải sử dụng nhiều phương pháp dạy học, như giải thích các khái niệm chuyên môn, thị phạm kỹ năng và xây dựng thái độ cho người học— tất cả đều có ý nghĩa quan trọng đối với đào tạo về an toàn bệnh nhân. Giảng viên dạy về an toàn bệnh nhân áp dụng phương pháp dạy theo vấn đề (tạo điều kiện học nhóm), học theo hình thức mô phỏng (đóng vai và trò chơi) và bài giảng (tương tác/dạy lý thuyết), cũng như cố vấn và huấn luyện (làm mẫu).



Bệnh nhân đánh giá nhân viên chăm sóc y tế cho mình không phải theo trình độ hiểu biết, mà theo cung cách thực hiện việc chăm sóc như thế nào. Khi sinh viên tham gia làm việc trong hoạt động lâm sàng và môi trường công việc thực sự, thách thức đối với họ là làm thế nào để áp dụng kiến thức khoa học chung vào chăm sóc cho mỗi bệnh nhân cụ thể. Khi làm được như vậy là sinh viên đã vượt qua ngưỡng chỉ ‘biết’ về những gì đã học để chuyển sang ‘biết cách’ áp dụng những kiến thức đó. Cách tốt nhất để sinh viên học tập là qua thực hành. Thực hành an toàn bệnh nhân đòi hỏi sinh viên phải hành động một cách an toàn – kiểm tra tên tuổi người bệnh, tìm kiếm thông tin về các loại thuốc và đặt câu hỏi. Cách tốt nhất cho sinh viên học về an toàn bệnh nhân là qua kinh nghiệm được truyền đạt trực tiếp hoặc thực hành trong môi trường mô phỏng. Sinh viên cần được hướng dẫn lâm sàng thậm chí nhiều hơn là nghe bài giảng hoặc học lý thuyết cơ bản. Khi giảng viên quan sát sinh viên thực hành và có ý kiến nhận xét, sinh viên sẽ liên tục cải tiến cách làm việc của mình và cuối cùng sẽ thành thạo các kỹ năng quan trọng để đảm bảo an toàn cho bệnh nhân.

Phương pháp cố vấn và huấn luyện cũng đặc biệt phù hợp với giảng dạy về an toàn bệnh nhân. Sinh viên tất nhiên sẽ cố gắng học và làm theo giảng viên của mình và các bác sĩ có kinh nghiệm. Cách ứng xử của những người làm khuôn mẫu sẽ có ảnh hưởng rất lớn tới ứng xử của sinh viên và cách mà họ sẽ thực hành sau này sau khi tốt nghiệp. Đa số sinh viên học nghề y với những hoài bão lớn –chữa bệnh cứu người, thể hiện sự cảm thông, trở thành chuyên gia y tế giỏi và có đạo đức. Thế nhưng những gì họ thường xuyên chứng kiến lại là cảnh chữa bệnh vội vã qua loa, c u x ù thô bạo với đồng nghiệp, và thái độ chỉ chăm chăm quan tâm đến lợi ích chuyên môn của cá nhân. Và dần dần những lý tưởng cao đẹp của họ bị xói mòn khi họ phải cố thích nghi với văn hóa nơi mình làm việc.

Giáo dục về an toàn bệnh nhân và Hướng dẫn Chương trình giảng dạy này nhận thấy những tác động và các yếu tố mạnh mẽ đó tồn tại ở một số cơ sở y tế. Chúng tôi tin có thể giải quyết những ảnh hưởng tiêu cực đó và giảm thiểu tác động của chúng bằng cách trò chuyện với sinh viên về văn hóa làm việc phổ biến và tác động của văn hóa đó đối với chất lượng chăm sóc và an toàn của

người bệnh. Nhận biết về các rào cản đối với an toàn bệnh nhân và nói về những rào cản đó sẽ giúp sinh viên có ý thức rằng vấn đề là ở hệ thống (ngược lại với ý thức cho rằng vấn đề là ở con người trong hệ thống đó) và cho họ thấy rằng thay đổi hệ thống cho tốt hơn là điều có thể làm được và là mục tiêu xứng đáng để phấn đấu. Rào cản đối với an toàn bệnh nhân ở mỗi nước và mỗi nền văn hóa không giống nhau, và thậm chí cũng khác nhau giữa các cơ sở y tế trong cùng một khu vực. Những rào cản có tính đặc thù của mỗi nước có thể gồm luật pháp và quy định cho hệ thống y tế. Những quy định luật pháp đó có thể cản trở việc thực hiện một số thực hành an toàn bệnh nhân nào đó. Mỗi nền văn hóa có những cách tiếp cận riêng đối với hệ thống thứ bậc, sai sót và cách giải quyết xung đột. Sinh viên được khuyến khích có thái độ quyết đoán đến mức nào trước giảng viên/người hướng dẫn và các nhân viên lâm sàng có kinh nghiệm, nhất là trong những tình huống mà an toàn của người bệnh có thể bị đe dọa, là tùy thuộc vào hoàn cảnh và việc văn hóa địa phương có sẵn sàng chấp nhận thay đổi hay không. Ở một số nước các khái niệm an toàn bệnh nhân có thể không dễ dàng thích hợp với các chuẩn mực văn hóa. Những rào cản đó sẽ được nghiên cứu sâu hơn trong chủ đề này

(Tham khảo thêm phần *Đối mặt với thực tại: giúp sinh viên trở thành những người lãnh đạo về an toàn bệnh nhân*).

Những rào cản rõ ràng nhất đối với sinh viên là những rào cản xuất hiện trong thời gian đi thực tập lâm sàng và ở các cơ sở điều trị, và liên quan chủ yếu tới người hướng dẫn/giám sát hay nhân viên y tế không có khả năng thích nghi với những thách thức mới của lĩnh vực y tế, hoặc ra sức ngăn cản bất kỳ thay đổi nào để đáp ứng những thách thức đó. Thái độ của họ có thể biến sinh viên từ một người ủng hộ an toàn bệnh nhân thành một người chỉ biết thụ động học theo sách. Cung cách các nhân viên y tế khác nhau (điều dưỡng, dược sĩ, nha sĩ, bác sĩ, v.v) duy trì văn hóa chuyên môn của mình, dẫn đến cách tiếp cận silo đối với chăm sóc sức khỏe, là một rào cản lớn khác nữa. Thông tin không hiệu quả giữa các chuyên ngành có thể dẫn đến sai sót y khoa. Cách tiếp cận nhóm đa ngành hiệu quả hơn rất nhiều trong việc giảm thiểu sai sót, cải thiện thông tin liên lạc giữa các nhân viên, và thúc đẩy một môi trường làm việc lành mạnh hơn.

Khi giảng viên và giáo viên hướng dẫn trở nên quen thuộc hơn với Chương trình giảng dạy này, họ sẽ nhanh chóng nhận ra rằng kiến thức sinh viên học được có thể sẽ không được thực hành trong môi trường thực tế. Một số cán bộ y tế có thể sẽ cảm thấy việc dạy về an toàn bệnh nhân cho sinh viên các chuyên ngành y tế là mục tiêu không thể đạt được vì có quá nhiều rào cản. Tuy nhiên một khi đã

nhận diện được rào cản và trao đổi về nó, thì rào cản không còn quá đáng sợ nữa. Thậm chí việc thảo luận giữa các nhóm sinh viên về thực tiễn và rào cản cũng có thể giúp cung cấp thông tin và học tập. Ít nhất thì hoạt động đó có thể cho phép sinh viên phê phán một cách xây dựng hệ thống y tế và là lúc để suy ngẫm về từng cách mọi việc đang được thực hiện.

### Các chủ đề trong Hướng dẫn chương trình giảng dạy này liên quan tới thực hành chăm sóc sức khỏe như thế nào

Bảng B.I.1 dùng thực hành vệ sinh bàn tay làm ví dụ minh họa cách các chủ đề trong Hướng dẫn chương trình giảng dạy được lồng ghép như thế nào trong chăm sóc sức khỏe. Nhiều nguyên tắc an toàn bệnh nhân áp dụng trong tất cả các lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, như làm việc nhóm, an toàn thuốc, và thu hút sự tham gia của bệnh nhân. Chúng tôi sử dụng ví dụ này vì có thể đạt được mục tiêu giảm thiểu lây nhiễm nếu nhân viên y tế rửa tay đúng cách và đúng lúc. Áp dụng thực hành vệ sinh bàn tay đúng cách có vẻ là chuyện đương nhiên và dễ dàng thực hiện. Song mặc dù đã có hàng trăm chiến dịch giáo dục cho

nhân viên y tế, giảng viên, sinh viên và các cán bộ nhân viên khác về các biện pháp phòng ngừa tiêu chuẩn và phổ quát, chúng ta dường như vẫn chưa giải quyết được vấn đề vệ sinh bàn tay và tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện (HCAI) trên thế giới vẫn ngày càng tăng. Mỗi chủ đề trong chương trình giảng dạy này bao gồm kiến thức quan trọng cho sinh viên các chuyên ngành y tế ở một lĩnh vực cụ thể. Khi kết hợp lại, các chủ đề sẽ cung cấp kiến thức cơ bản và chuẩn bị cho sinh viên duy trì các kỹ thuật rửa tay đúng cách, cũng như xác định được cách mang lại cải thiện cho cả hệ thống.

### Các chủ đề trong Hướng dẫn chương trình giảng dạy và mối liên hệ giữa các chủ đề với an toàn bệnh nhân

Mặc dù các chủ đề là riêng rẽ, song Bảng B.I.1 sẽ cho chúng ta thấy những chủ đề đó cần thiết như thế nào đối với việc giúp nhân viên y tế xây dựng hành vi phù hợp. Với ví dụ vệ sinh bàn tay, chúng tôi sẽ chỉ ra kiến thức từ mỗi chủ đề sẽ cần thiết như thế nào để đạt được và duy trì bền vững chăm sóc sức khỏe an toàn.

**Bảng B. I. 1. Các chủ đề tác động lẫn nhau như thế nào: ví dụ về vệ sinh bàn tay**

#### Lĩnh vực vấn đề: giảm thiểu lây nhiễm

Vấn đề bắt nguồn từ kiểm soát nhiễm khuẩn kém.

Nhân viên y tế biết nhiễm khuẩn là một vấn đề. Tuy nhiên, chỉ biết không thôi dường như chưa thay đổi được thực hành. Mọi người thường áp dụng kỹ thuật vệ sinh bàn tay đúng cách chỉ được một thời gian, nhưng rồi lại quên.

#### Chủ đề Hướng dẫn chương trình giảng dạy và sự phù hợp với thực hành

**Chủ đề 1 “An toàn bệnh nhân là gì?”** mô tả những bằng chứng về tác hại và đau đớn mà biến cố bất lợi gây ra. Khi sinh viên học môn an toàn bệnh nhân và học về vai trò của họ trong việc giảm thiểu tỷ lệ và tác động của biến cố bất lợi, họ sẽ có khả năng đánh giá mức độ quan trọng của hành vi của mình, như áp dụng kỹ thuật vệ sinh bàn tay phù hợp chẳng hạn, để phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn.

**Chủ đề 2 “Vì sao áp dụng yếu tố con người lại quan trọng đối với an toàn bệnh nhân”** giải thích con người hành động như thế nào và vì sao lại hành động như vậy, và vì sao họ mắc lỗi. Hiểu về các yếu tố con người sẽ giúp phát hiện các cơ hội xảy ra sai sót và giúp sinh viên hiểu rõ ràng có thể tránh được hoặc giảm thiểu như thế nào. Hiểu biết về những yếu tố liên quan đến sai sót và gốc rễ của vấn đề sẽ giúp sinh viên hiểu được hoàn cảnh của hành động. Chỉ yêu cầu mọi người cố gắng hơn nữa (rửa tay đúng cách) sẽ không thay đổi được gì. Mọi người cần được thấy hành động của họ trong hoàn cảnh môi trường mà họ làm việc và trang thiết bị mà họ sử dụng. Khi nhân viên y tế hiểu được rằng hành động của họ khiến bệnh nhân bị nhiễm khuẩn, họ sẽ có thể thay đổi cung cách làm việc của mình và áp dụng các biện pháp dự phòng tiêu chuẩn

Nhân viên y tế muốn duy trì các quy trình phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn đúng cách, song có quá nhiều bệnh nhân phải chăm sóc và hạn chế về thời gian dường như ngăn cản việc thực hành vệ sinh bàn tay đầy đủ.

**Chủ đề 3 “Nhận thức về hệ thống và tác động của sự phức tạp đối với chăm sóc bệnh nhân”** cho thấy hoạt động chăm sóc người bệnh gồm nhiều bước và liên quan đến nhiều mối quan hệ. Sự an toàn của bệnh nhân phụ thuộc vào việc nhân viên y tế điều trị cho họ có đúng cách hay không; và bệnh nhân phụ thuộc vào cả hệ thống y tế. Sinh viên cần phải biết rằng chăm sóc sức khỏe có chất lượng đòi hỏi nỗ lực của cả nhóm. Họ cần hiểu rằng rửa tay không phải là việc làm thêm, có hay không cũng được, mà là một bước quan trọng trong chăm sóc bệnh nhân. Hiểu được hành động của mỗi cá nhân và mỗi thành phần của hệ thống chăm sóc tương tác với nhau như thế nào trong một quy trình liên tục mang lại kết quả tốt đẹp (bệnh nhân khỏe lên) hay hậu quả xấu (bệnh nhân bị thương tổn vì biến cố bất lợi) là một bài học quan trọng về an toàn bệnh nhân. Khi sinh viên hiểu được là hành động của một người trong nhóm có thể làm hỏng mục tiêu chữa bệnh cho bệnh nhân, thì họ sẽ nhanh chóng nhìn nhận công việc của mình theo một quan điểm mới – quan điểm an toàn bệnh nhân.

Không có nước rửa tay chứa cồn hay chất tẩy rửa ở các buồng bệnh vì người phụ trách vật tư quên không đặt mua.

**Chủ đề 4: “Làm thành viên tích cực của nhóm”** giải thích tầm quan trọng của cách làm việc nhóm của nhân viên y tế. Nếu thấy không có nước rửa tay chứa cồn, thì mỗi thành viên phải thông báo cho người chịu trách nhiệm cung ứng để đảm bảo có nước rửa tay có cồn. Nếu chỉ kêu ca là không có nước rửa tay thôi thì chẳng giúp bệnh nhân khỏe lên được. Luôn để ý đến mọi chuyện trong khi làm việc và tìm cơ hội để hỗ trợ bệnh nhân và hỗ trợ nhóm là một phần của phong cách làm việc chuyên nghiệp và trách nhiệm của thành viên nhóm. Biến cố bất lợi thường là hậu quả của một loạt những hành động có vẻ nhỏ nhặt – như không rửa tay, không có biểu đồ dùng thuốc, hay bác sĩ trực chậm trễ không đến thăm bệnh. Nhắc nhở ai đó phải đặt mua nước rửa tay không phải là chuyện vặt, mà làm như vậy có thể giúp phòng ngừa nhiễm khuẩn.

Một bác sĩ phẫu thuật ra khỏi phòng mổ trong chiếc lát để nói chuyện điện thoại di động. Ông ta quay lại tiếp tục ca mổ mà không thay găng tay. Bệnh nhân bị nhiễm trùng vết mổ sau phẫu thuật.

**Chủ đề 5: “Rút kinh nghiệm từ sai sót để phòng ngừa tổn hại”** cho thấy việc đổ lỗi cho người khác không có ích lợi gì cả, và nếu mọi người đều sợ bị đổ lỗi hoặc đổ lỗi về việc đã sao nhãng, thì sẽ chẳng ai chịu báo cáo hoặc rút kinh nghiệm từ biến cố bất lợi nữa. Cách tiếp cận hệ thống đối với sai sót là nhằm phát hiện những nguyên nhân sâu xa dẫn đến sai sót, để đảm bảo không xảy ra sai sót nữa. Tìm hiểu nguyên nhân gây nhiễm khuẩn có thể cho thấy là bác sĩ mổ đã đi ra ngoài và không áp dụng các biện pháp vô trùng thích hợp khi quay lại tiếp tục làm việc. Chỉ khiển trách một người thôi sẽ không đạt được kết quả gì. Phân tích thêm vụ việc có thể cho thấy là bác sĩ mổ và cả kíp mổ đã thường xuyên vi phạm hướng dẫn về kiểm soát nhiễm khuẩn bởi vì họ không cho đó là một vấn đề cần lưu ý. Nếu không có số liệu về nhiễm khuẩn, họ sẽ dần có cảm giác sai lệch về sự an toàn.

Bệnh nhân bị nhiễm trùng vết mổ đã viết đơn khiếu nại về vụ việc này gửi lên ban lãnh đạo bệnh viện.

**Chủ đề 6: “Nhận thức và quản lý nguy cơ lâm sàng”** cho sinh viên thấy tầm quan trọng của việc phải có một hệ thống phát hiện và xử lý vấn đề trước khi sự cố xảy ra. Khiếu nại của người bệnh có thể cho bác sĩ lâm sàng hoặc cán bộ quản lý biết có những vấn đề cụ thể gì. Đơn khiếu nại về sự cố nhiễm khuẩn của bệnh nhân này có thể là đơn khiếu nại thứ 10 trong tháng, để bệnh viện biết có thể có vấn đề với công tác kiểm soát nhiễm khuẩn. Báo cáo sự cố và biến cố bất lợi cũng là một cách thu thập thông tin có hệ thống về vấn đề an toàn và chất lượng chăm sóc.

Bệnh viện xác định có vấn đề về nhiễm trùng ở một phòng mổ và muốn tìm hiểu thêm về vấn đề này.

**Chủ đề 7: “Sử dụng các phương pháp nâng cao chất lượng để cải thiện chăm sóc bệnh nhân”** đưa ra ví dụ về những phương pháp đánh giá và cải tiến trong chăm sóc lâm sàng. Sinh viên cần biết cách đánh giá các quy trình chăm sóc để quyết định xem các thay đổi có dẫn đến cải thiện chất lượng chăm sóc hay không.

Bây giờ bệnh viên đã biết chắc chắn là một trong các phòng mổ có tỷ lệ nhiễm khuẩn cao hơn những chỗ khác. Bệnh nhân khiếu nại nhiều và vấn đề nhiễm khuẩn của bệnh viên đã bị báo đài nói đến.

**Chủ đề 8: “Thu hút sự tham gia của bệnh nhân và người chăm sóc”** giúp cho sinh viên hiểu được tầm quan trọng của thông tin trung thực với người bệnh sau khi xảy ra biến cố bất lợi và tầm quan trọng của việc cung cấp cho người bệnh đầy đủ thông tin về tình hình chăm sóc và điều trị cho họ. Thu hút sự tham gia của người bệnh là việc làm cần thiết để duy trì niềm tin của cộng đồng đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Bệnh viện quyết định rằng nhiễm khuẩn là một vấn đề nghiêm trọng và mọi cán bộ nhân viên phải được nhắc nhở về tầm quan trọng của việc tuân thủ các biện pháp phòng ngừa chuẩn.

**Chủ đề 9: “Phòng và kiểm soát nhiễm khuẩn”** mô tả các loại hình nhiễm khuẩn chính và nguyên nhân. Phần này cũng nói về các bước và thủ tục thích hợp để giảm thiểu số ca nhiễm khuẩn.

Bệnh viện quyết định rà soát lại vấn đề kiểm soát nhiễm khuẩn phòng mổ vì số ca nhiễm khuẩn vết mổ chiếm một tỷ lệ đáng kể trong những biến cố bất lợi trong báo cáo của y, bác sĩ.

**Chủ đề 10: “An toàn bệnh nhân và các thủ thuật xâm lấn”** chỉ cho sinh viên thấy phẫu thuật hoặc các thủ thuật xâm lấn khác có nguy cơ cao gây nhiễm khuẩn hoặc điều trị sai cho người bệnh. Nhận thức về thất bại mà nguyên nhân là do thông tin kém, thiếu sự lãnh đạo, không quan tâm đúng mức tới các quy trình, không tuân thủ hướng dẫn, và làm việc quá sức, sẽ giúp sinh viên đánh giá được nhiều yếu tố tác động tới hoạt động phẫu thuật.

Hồ sơ bệnh án của khoa ngoại được xem xét theo phương pháp cải thiện chất lượng (với câu hỏi “đã xảy ra chuyện gì?” chứ không phải “ai có lỗi?”), khi cả nhóm tìm kiếm can thiệp giúp làm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn. Sau khi tìm hiểu, cả nhóm nhận thấy áp dụng điều trị dự phòng bằng kháng sinh một cách phù hợp sẽ ngăn ngừa được nhiễm khuẩn. Song thực hành đó cũng đòi hỏi phải có tiền sử dùng thuốc đầy đủ của mỗi bệnh nhân để tránh tương tác với các loại thuốc khác có thể đang được chỉ định dùng cho họ.

**Chủ đề 11: “Cải thiện an toàn thuốc”** rất quan trọng bởi vì sai sót trong dùng thuốc chiếm tỷ lệ lớn trong các biến cố bất lợi. Mức độ sai sót khi dùng thuốc là rất lớn và sinh viên cần phải xác định được những yếu tố dẫn đến sai sót và biết các bước cần thực hiện để giảm thiểu sai sót. An toàn thuốc đảm bảo cho sinh viên biết về khả năng gây phản ứng phụ của thuốc và bảo đảm sao cho sinh viên cần nhắc tất cả các yếu tố đó khi kê đơn, pha chế, phát thuốc cho bệnh nhân và giám sát hiệu quả của thuốc.

### **Đổi mặt với thực tại: giúp sinh viên trở thành những người lãnh đạo về an toàn bệnh nhân**

Một trong những thách thức chính đối với cải cách an toàn bệnh nhân là khả năng chấp nhận cung cách mới trong cung ứng chăm sóc y tế của cơ sở y tế. Thay đổi có thể sẽ khó khăn đối với những tổ chức và nhân viên y tế đã quen với một cung cách điều trị nhất định cho bệnh nhân. Họ không nhận thấy có vấn đề gì không ổn trong cung cách cung ứng chăm sóc của mình và không tin là mình cần phải thay đổi. Họ có thể cảm thấy bị đe dọa hoặc thách thức khi có ai đó, nhất là một nhân viên non nớt mới vào nghề, nhận thấy và thậm chí hành động khác họ. Trong hoàn cảnh đó, nếu sinh viên không được chỉ bảo tích cực và có cơ hội trao đổi về trải nghiệm của mình, thì phần lớn những gì họ học được về an toàn bệnh nhân trong chương trình giảng dạy sẽ bị mai một.

Sinh viên sẽ nhanh chóng học được cách ứng xử của những nhân viên y tế khác và hiểu người ta trông đợi gì ở mình, và bởi vì là người mới chân ướt chân ráo vào nghề, nên sinh viên mong muốn hòa nhập càng nhanh càng tốt. Sinh viên ngành y tế thường bị lệ thuộc nhiều vào người hướng dẫn và giám sát để có được thông tin và sự hỗ trợ về chuyên môn.

Đối với sinh viên thì việc duy trì lòng tin vào thầy cô giáo hoặc người hướng dẫn là vô cùng quan trọng. Tiền bộ của họ tùy thuộc vào những báo cáo có lợi của thầy cô giáo, trên cơ sở phân hồi chính thức và không chính thức, cũng như đánh giá chủ

quan và khách quan về năng lực và sự tận tâm với nghề của họ. An toàn bệnh nhân đòi hỏi các nhân viên y tế phải nói về sai sót của mình và rút kinh nghiệm, song sinh viên có thể ngại để lộ ra lỗi của mình hoặc của nhân viên cấp trên, vì giáo viên hoặc người hướng dẫn có thể sẽ nhắc đến họ hoặc những người liên quan. Thói quen quá phụ thuộc vào người hướng dẫn hoặc giám sát ở nơi làm việc để giảng dạy và đánh giá có thể khuyến khích sinh viên che giấu sai lầm của mình và thực hiện những việc được yêu cầu ngay cả khi họ biết mình chưa đủ khả năng làm việc đó. Sinh viên có thể sẽ ngần ngại không muốn nói về an toàn bệnh nhân hoặc trình bày quan ngại của mình về các vấn đề y đức với nhân viên cấp trên. Họ có thể thấy lo sợ bị nhận xét xấu hoặc bị coi là ‘không gắn bó với công việc’ hoặc ‘có thái độ không tốt’. Có thể có căn cứ hoặc không có căn cứ khi sinh viên e sợ việc mình bảo vệ bệnh nhân hoặc thông báo về sai sót có thể dẫn đến nhận xét kết quả học tập kém, mất cơ hội được nhận vào làm việc và/hoặc giảm cơ hội được tham gia các khóa học nâng cao.

Thảo luận về sai sót y khoa là việc khó làm đối với nhân viên y tế ở tất cả các quốc gia và các nền văn hóa. Mức độ cởi mở rút kinh nghiệm từ sai sót phụ thuộc vào tính cách của các cán bộ y tế lâu năm có liên quan. Ở một số nền văn hóa và tổ chức, thái độ cởi mở đối với sai sót có thể là rất



mới, và do đó khó chấp nhận được đối với nhân viên y tế. Trong trường hợp đó, để sinh viên trao đổi về sai sót trong các buổi học có thể sẽ thích hợp hơn. Ở một số nơi những trao đổi như vậy thường là ở các buổi họp nội bộ và, ở những cơ sở y tế tiên tiến hơn các nhóm có thể nói về sai sót một cách công khai và có nhiều chính sách để hỗ trợ nhân viên y tế tìm hướng giải quyết sai sót. Song cuối cùng thì văn hóa nào cũng sẽ phải đối mặt với những đau đớn do sai sót gây ra. Khi những đau đớn đó được các nhân viên y tế làm việc trong bệnh viện, phòng khám và cộng đồng công nhận công khai rồi, thì sẽ khó có thể duy trì được thực trạng. Nhiều người sẽ áp dụng các cách tiếp cận khác nhau đối với hệ thống thứ bậc và dịch vụ chăm sóc bệnh nhân, một trong những cách tiếp cận mới mẻ đó coi nhóm làm việc là công cụ chính của cung ứng chăm sóc, với quan niệm về một hệ thống thứ bậc bình đẳng hơn trong đó mọi người chăm sóc cho bệnh nhân đều có thể đóng góp một cách thích hợp.

Có thể sẽ tốt cho sinh viên nếu họ có thể hiểu vì sao những mong muốn và thái độ của một số cán bộ y tế và giảng viên lâu năm dường như trái ngược với những gì họ được học về an toàn bệnh nhân. Lĩnh vực y tế đã được thiết kế mà không tính đến an toàn bệnh nhân. Hệ thống đó đã tự phát triển theo thời gian, với nhiều lĩnh vực chăm sóc vốn là kết quả của truyền thống hơn là của những quan ngại công khai dành cho an toàn, hiệu suất và hiệu quả trong tình hình chăm sóc sức khỏe đương thời. Nhiều cách ứng xử trong chăm sóc sức khỏe có nguồn gốc sâu xa từ một văn hóa nghề nghiệp khởi nguồn từ thời mà các cơ cấu thứ bậc tôn ti rất phổ biến trong xã hội—chăm sóc sức khỏe thời đó được coi là thiên hướng suốt đời và các nhà trị liệu, nhất là bác sĩ, được coi là không thể mắc sai lầm. Với khung quan niệm như thế, các chuyên gia y tế giỏi được coi là không bao giờ mắc lỗi, việc đào tạo được thực hiện qua thời kỳ học việc, và kết quả điều trị cho bệnh nhân (tốt hay xấu) được coi là do kỹ năng của người hành nghề, chứ

không phải của cả ê kíp. Về chuyên môn những người làm nghề y chỉ chịu trách nhiệm với chính mình chứ không với ai khác và, ở một số nơi, những bệnh nhân nghèo không có tiền chữa bệnh chủ yếu được xem như dụng cụ để dạy học. Mặc dù đã có nhiều thay đổi, song một số tàn dư của văn hóa cũ đó vẫn tồn tại dai dẳng và ảnh hưởng tới cách ứng xử của các chuyên gia y tế được đào tạo trong môi trường văn hóa đó.

Xã hội hiện đại ngày nay muốn có dịch vụ chăm sóc sức khỏe an toàn và chất lượng do các nhân viên y tế làm việc trong văn hóa an toàn thực hiện. Văn hóa an toàn đó đã bắt đầu ngấm vào các cơ sở chăm sóc y tế trên thế giới và sinh viên sẽ gặp cả thái độ ứng xử truyền thống lẫn những cách ứng xử thể hiện một văn hóa an toàn. Thách thức đối với tất cả sinh viên, dù thuộc nền văn hóa nào và từ quốc gia nào và học ngành gì, là thực hành chăm sóc sức khỏe an toàn, kể cả khi những người quanh họ không làm như vậy.

Sẽ rất có ích nếu có thể phân biệt giữa một số cách tiếp cận cũ có thể có ảnh hưởng tiêu cực tới chăm sóc người bệnh và một số cách thực hành mới có tác dụng tăng cường chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm. Cũng quan trọng khi nhìn nhận sự thay đổi về văn hóa này có thể gây đôi chút căng thẳng cho sinh viên hoặc người học nghề muốn thực hành với quan điểm an toàn, trong khi người hướng dẫn trực tiếp cho họ lại không nhận thức được, hoặc không ủng hộ những cách tiếp cận mới đó. Điều quan trọng là sinh viên phải nói chuyện với người hướng dẫn cho mình trước khi bắt đầu thực hiện các kỹ thuật mới được đề xuất.

Chúng ta không trông đợi sinh viên mạo hiểm bản thân hoặc nghề nghiệp của họ vì lợi ích của việc thay đổi hệ thống. Song chúng ta thực sự khuyến khích họ nghĩ cách để vừa có thể tiếp cận việc đào tạo của mình vừa duy trì quan điểm an toàn bệnh nhân. Trong Bảng B.I.2 dưới đây là một khung để cung cấp cho sinh viên một số ý tưởng về cách quản lý các xung đột mà họ có thể gặp phải khi đi đi thực tập lâm sàng tại cơ sở y tế.

### **Bảng B.I.2. Quản lý xung đột: cách cũ và cách mới**

<b>Lĩnh vực hay đặc tính</b>	<b>Ví dụ</b>	<b>Cách cũ</b>	<b>Cách mới</b>
<i>Hệ thống thứ bậc trong y tế:</i> Vệ sinh bàn tay	Một bác sĩ có kinh nghiệm không rửa tay trước khi khám cho bệnh nhân tiếp theo.	Sinh viên không nói gì và tuân thủ cách thực hành không thỏa đáng, bắt chước theo bác sĩ cấp trên.	(1) Tìm cách làm sáng tỏ vấn đề "khi nào phải rửa tay và rửa thế nào" với vị bác sĩ đó hoặc nhân viên cấp trên khác.  (2) Không có ý kiến gì, nhưng tự áp dụng kỹ thuật vệ sinh bàn tay an toàn.  (3) Góp ý với vị bác sĩ với thái độ tôn trọng và tiếp tục áp dụng kỹ thuật vệ sinh bàn tay an toàn.

Hệ thống thứ  
bậc trong y tế:  
Vị trí mổ

Bác sĩ mổ không tham gia kiểm tra vị trí mổ hoặc không tham gia quy trình xác định đúng bệnh nhân.

Vị bác sĩ mổ đó không bằng lòng với thủ tục kiểm tra trước mổ, cho rằng làm như vậy chỉ phí thời gian, và giục những người khác trong nhóm làm nhanh lên.

Hệ thống thứ  
bậc trong y tế:  
Dùng thuốc

Sinh viên biết là một bệnh nhân dị ứng nặng với penicillin, nhưng lại thấy một điều dưỡng lâu năm đang chuẩn bị penicillin cho bệnh nhân đó.

Sinh viên được yêu cầu bảo bệnh nhân ký cam đoan chấp thuận cách điều trị mà sinh viên đó chưa từng nghe nói tới bao giờ.

Thói gia  
trường: Bản  
cam đoan

Chấp nhận cách làm của vị bác sĩ mổ có kinh nghiệm và không tham gia vào quy trình kiểm tra – cho rằng việc kiểm tra đó là của nhân viên cấp dưới.

(1) Tích cực giúp các thành viên khác trong nhóm thực hiện đầy đủ quy trình kiểm tra.

Không nói gì, vì sợ bị coi là bất đồng với quyết định của bề trên. Nghĩ rằng điều dưỡng viên đó chắc hẳn phải biết việc mình làm.

(1) Ngay lập tức chia sẻ lo ngại về vấn đề dị ứng thuốc với điều dưỡng đó. Sinh viên coi hành động như vậy là một phần hữu ích của nhóm và cũng là trách nhiệm của mình đối với người bệnh.

Chấp hành nhiệm vụ. Không dám nói với nhân viên y tế cấp trên rằng mình không biết gì về phương pháp điều trị đó. Trao đổi với bệnh nhân về phương pháp đó một cách mơ hồ và hứa hẹn để họ ký vào bản cam đoan.

(1) Từ chối làm việc đó và gợi ý rằng để một nhân viên lâm sàng có hiểu biết nhất định về phương pháp điều trị đó làm nhiệm vụ thì thích hợp hơn.

(2) Nhận làm, song giải thích là mình biết rất ít về phương pháp điều trị đó và sẽ cần được chỉ dẫn đôi chút trước khi đến gặp bệnh nhân, và yêu cầu một trong những người hướng dẫn đi cùng để giúp/ giám sát.

Thói gia  
trường: vai trò  
của bệnh nhân  
trong chăm  
sóc điều trị  
cho chính  
mình

Bệnh nhân không được đề ý tới khi bác sĩ đi buồng và không được tham gia trao đổi về tình hình điều trị của mình.

Người nhà bệnh nhân được yêu cầu ra ngoài khi các bác sĩ đi buồng

Chấp nhận tình trạng đó và không làm gì. Cho rằng đó là cách làm việc ở bệnh viện. Thích ứng với những hành vi không cho bệnh nhân và gia đình họ tham gia thảo luận về điều trị.

(1) Tự lên tiếng chào hỏi từng bệnh nhân trước: “Chào Ông Ruiz, sáng nay chúng tôi đang xem xét lại tình hình điều trị của tất cả bệnh nhân. Hôm nay ông cảm thấy thế nào?”.

(2) Nếu thời gian quá ít và bạn phải đi tiếp, thì hãy giải thích cho người bệnh và gia đình họ “Tôi sẽ quay lại trao đổi với ông sau khi xong việc với các bệnh nhân khác”.

(3) Tìm hiểu về những quan ngại của bệnh nhân của mình trước khi đi buồng và nói với các bác sĩ cấp trên khi tới giường của bệnh nhân đó, ví dụ “Ông Carlton muốn tránh không phải phẫu thuật, liệu như vậy có được không?”.

(4) Mời và khuyến khích bệnh nhân nêu ý kiến của mình trong khi đi buồng.

(5) Hỏi người hướng dẫn mình xem họ có cho rằng bệnh nhân và người nhà bệnh nhân có thể có đóng góp hữu ích vào các thảo luận về điều trị khi đi buồng để cải thiện hiệu suất làm việc của khoa/phòng không.

<p><i>Y, bác sĩ không thể mắc lỗi:</i> Giờ làm việc</p>	<p>Một nhân viên cấp dưới ở buồng bệnh tuyên bố một cách tự hào rằng anh ta đã làm việc 36 giờ liền không nghỉ.</p>	<p>Ngưỡng mộ sự dẻo dai và sự gắn bó với công việc của nhân viên đó.</p>	<p>(1) Hỏi nhân viên đó anh ta cảm thấy thế nào, và liệu vẫn tiếp tục làm việc có phải là sáng suốt và có trách nhiệm không.</p> <p>(2) Hỏi xem khi nào anh ta xong việc và định đi về bằng cách nào. Liệu lái xe có an toàn không?</p> <p>(3) Đưa ra một vài gợi ý hữu ích: “Liệu có ai có thể cầm máy nhắn tin hộ anh để anh về nghỉ một chút không?” Hay, “Tôi không nghĩ là nhân viên được phép làm việc nhiều giờ như vậy mà không nghỉ, anh nên có ý kiến về lịch trực của mình”.</p>
<p><i>Y, bác sĩ không thể mắc lỗi:</i> Thái độ đối với sai sót</p>	<p>Các chuyên gia y tế giỏi không mắc sai sót bao giờ.</p>	<p>Chấp nhận văn hóa cho rằng những nhân viên y tế mắc lỗi là người ‘yếu kém’ hay ‘không có năng lực’. nỗ lực nhiều hơn để tránh mắc sai sót. Luôn im lặng, hoặc tìm ai đó hoặc gì đó để đổ lỗi khi bạn làm sai. Nhìn thấy người khác làm sai và tự nhủ mình sẽ không ngu như họ.</p>	<p>(1) Hiểu rằng ai cũng có lúc mắc lỗi và rằng nguyên nhân của sai sót là do nhiều yếu tố, trong đó có những yếu tố tiềm ẩn không thấy rõ ngay khi xảy ra sai sót. Chăm sóc bệnh nhân của bạn, chăm sóc chính mình và đồng nghiệp khi xảy ra sự cố và tích cực khuyến khích rút kinh nghiệm từ sai sót.</p>
<p><i>Y, bác sĩ không thể mắc lỗi:</i> Mắc lỗi</p>	<p>Một bác sĩ điều trị có kinh nghiệm lâu năm mắc lỗi và báo với người bệnh đó là biến chứng. Trong các buổi họp góp ý nhân viên y tế không nói gì về các sai sót của mình.</p>	<p>Chấp nhận xử trí sai sót bằng cách biện hộ, coi đó là vấn đề liên quan tới bệnh nhân, chứ không liên quan đến chất lượng chăm sóc. Nhanh chóng học được rằng nhân viên y tế cấp trên không cho bệnh nhân hay đồng nghiệp biết là họ mắc lỗi và học theo cách ứng xử của họ.</p>	<p>(1) Nói với người giám sát về việc nên công khai sai sót với bệnh nhân và liệu bệnh viện hay phòng khám nên có chính sách về việc cung cấp cho bệnh nhân thông tin về sự cố bất lợi hay không.</p> <p>(2) Hỏi bệnh nhân xem họ có muốn biết thêm thông tin về việc điều trị của mình không, và nếu họ muốn như vậy, hãy nói với bác sĩ là bệnh nhân muốn được biết thêm thông tin.</p> <p>(3) Nói với người hướng dẫn hoặc trưởng nhóm của bạn khi bạn mắc lỗi và hỏi làm thế nào để tránh lặp lại lỗi đó.</p> <p>(4) Tìm phiếu báo sự cố, nếu phù hợp.</p>
<p><i>Y, bác sĩ không thể mắc lỗi:</i> Sáng suốt</p>	<p>Một bác sĩ luôn hành động như ‘Chúa trời’ và coi thường các y bác sĩ cấp dưới và người bệnh.</p> <p>Một bác sĩ mắc lỗi bị cấp trên chế nhạo và làm cho bẽ mặt.</p>	<p>Khao khát được trở thành người như ông ta và ngưỡng mộ cách mọi người kính cẩn với ông ta.</p>	<p>(1) Nhận ra thói tự phụ trong thái độ đó và học theo cách ứng xử của những nhân viên làm việc theo nhóm và chia sẻ kiến thức và trách nhiệm.</p> <p>(1) Đề nghị giúp đỡ và tỏ ra thông cảm với một đồng nghiệp có liên quan đến một sự cố.</p> <p>(2) Trao đổi với đồng nghiệp và người giám sát về những biện pháp tốt hơn để hiểu về sai sót thay vì trách cứ người mắc sai sót.</p>
<p><i>Trách phạt/bêu xấu</i></p>	<p>Một bệnh viện thi hành kỷ luật một nhân viên vì mắc lỗi</p>	<p>Không nói gì và bắt chước cách cư xử của những nhân viên khác có thái độ chê trách đối với một cán bộ y tế có liên quan đến một sự cố.</p>	<p>(3) Tập trung vào sai sót. Đặt câu hỏi “đã xảy ra chuyện gì?” chứ không hỏi “những người nào liên quan?”. Cố tìm cách thảo luận trong nhóm làm việc/học tập về nhiều yếu tố có thể đã dẫn đến sai sót.</p>



<p>Làm việc nhóm: Tôi làm việc trong nhóm điều dưỡng (hay nhóm hộ sinh/ được/ nha khoa/ y khoa)</p>	<p>Sinh viên và nhân viên lâm sàng cấp dưới chỉ coi những nhân viên lâm sàng cùng chuyên ngành với mình là thành viên của nhóm.</p> <p>Nhân viên lâm sàng trong buồng bệnh đi buồng mà không có sự tham gia của thành viên của các chuyên ngành khác.</p>	<p>Thay đổi hành vi cho giống hành vi của các nhân viên lâm sàng khác trong nhóm: chỉ coi những nhân viên lâm sàng cùng chuyên ngành với mình là cùng nhóm.</p>	<p>(1) Nhận thức được rằng nhóm làm việc theo cách nhìn của người bệnh là tất cả những người chăm sóc và điều trị cho bệnh nhân – gồm điều dưỡng, nhân viên buồng bệnh và các nhân viên y tế có liên quan khác, cũng như bản thân bệnh nhân và người thân trong gia đình họ.</p> <p>(2) Luôn đề nghị phải mời những thành viên khác trong nhóm chăm sóc sức khỏe tham gia thảo luận về chăm sóc và điều trị cho bệnh nhân.</p> <p>(3) Nhận biết và tận dụng tối đa lợi ích của nhóm đa chuyên ngành.</p>
---	---	---	--

### Câu chuyện của bệnh nhân

Sử dụng các câu chuyện của bệnh nhân trong chăm sóc y tế như công cụ học tập cho nhiều thế hệ nhân viên y tế đã được chứng tỏ là rất hiệu quả. Những câu chuyện về các đồng nghiệp vừa tài năng vừa khó tính, về các giáo viên tốt và không tốt, về những người hướng dẫn và giám sát, về những lời khuyên về cách vượt qua một ca trực hay đợt thực tập chỉ là một vài ví dụ. Những câu chuyện đó chủ yếu tập trung vào quan điểm của sinh viên các chuyên ngành y tế. Kho chuyện thường được kể đó luôn thiếu vắng các câu chuyện của bệnh nhân. Trải nghiệm của bệnh nhân là những câu nhắc nhở rằng họ cũng là một phần của nhóm chăm sóc sức khỏe, và rằng họ cũng có phần đóng góp. Các câu chuyện của bệnh nhân đưa vào mỗi chủ đề học ở đây được sắp xếp để nêu bật tầm quan trọng của chủ đề từ quan điểm của bệnh nhân và để làm cho Hướng dẫn chương trình giảng dạy sống động bằng cách đưa ra một số ví dụ thực tế về những sai sót có thể xảy ra trong quá trình cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe nếu không có cách tiếp cận lấy người bệnh làm trung tâm.

Trong phần lớn các câu chuyện của bệnh nhân chúng tôi sử dụng tên giả, trừ trường hợp được gia đình người bệnh đồng ý cho phép, như trong câu chuyện của Caroline Anderson. Những câu chuyện thật của bệnh nhân này được lấy từ Khung Giáo dục An toàn bệnh nhân Australia (APSEF) 2005.

# Chủ đề 1

## An toàn bệnh nhân là gì?

### Câu chuyện của Caroline

Ngày 10/4/2001, Caroline, 37 tuổi, nhập viện và sinh đứa con thứ ba trong một ca mổ đẻ đơn giản. Bác sĩ A là bác sĩ sản và Bác sĩ gây mê B là người đặt ống thông gây tê ngoài màng cứng. Đến ngày 11/4, Caroline thông báo là cô thấy đau nhói ở xương sống và đã vô tình va chỗ gây tê vào đêm trước khi ống thông được tháo ra. Trong thời gian đó Caroline nhiều lần than phiền là bị đau ở vùng thắt lưng. Bác sĩ B khám cho cô và chẩn đoán cô bị “đau cơ”. Mặc dù vẫn bị đau và đi khập khiễng, ngày 17/4 Caroline được ra viện.

Trong bảy ngày sau khi ra viện, Caroline ở nhà cô ở vùng nông thôn. Cô gọi điện báo với bác sĩ A là mình bị sốt, run rẩy, đau lưng dưới kinh khủng và đau đầu. Ngày 24/4 Bác sĩ C, phụ trách y tế địa phương, khám cho Caroline và con cô và khuyên họ nên vào bệnh viện quận để điều trị đau lưng cho mẹ và bệnh vàng da cho con.

Ở phòng khám bệnh viện quận, sau khi khám cho hai mẹ con, Bác sĩ D ghi vào hồ sơ rằng chứng đau lưng của Caroline xuất phát từ khớp S1 chứ không phải ở vị trí gây tê ngoài màng cứng. Ngày 26/4, bệnh vàng da của đứa bé đã được cải thiện, nhưng Caroline vẫn chưa được bác sĩ đa khoa E khám, và ông này thừa nhận là đã quên không khám cho cô. Bác sĩ F, một bác sĩ lâu năm có uy tín trong bệnh viện, khám cho Caroline và chẩn đoán cô bị sacroiliitis. Ông kê thuốc oxycodone hydrochloride, paracetamol và diclofenac sodium và cho cô ra viện. Ông cũng thông báo cho bác sĩ sản của Caroline, Bác sĩ A, về chẩn đoán của mình.

Sau khi uống thuốc, Caroline đỡ đau hơn, nhưng đến 2/5 lưng cô càng đau hơn. Cô được chồng đưa đến bệnh viện địa phương trong tình trạng mê sảng. Ngày 3/5, sau khi nhập viện không lâu cô bắt đầu bị co giật và lâm bầm những câu rời rạc vô nghĩa. Bác sĩ C ghi trong bệnh án “Sử dụng quá nhiều thuốc phiện, sacroiliitis”. Đến lúc này tình trạng của Caroline đã quá nặng và cô được chuyển lên bệnh viện quận bằng xe cấp cứu.

Khi được chuyển tới bệnh viện quận, Caroline đã không còn phản ứng gì nữa và cần đặt nội khí quản. Đồng tử giãn và không phản xạ. Tình trạng của Caroline không được cải thiện và vào ngày 4/5 cô được chuyển cấp cứu lên bệnh viện tỉnh. 10h sáng ngày thứ Bảy 5/5 các bác sĩ kết luận não đã ngừng hoạt động và ngừng sử dụng các thiết bị hỗ trợ sự sống cho cô.

Khám nghiệm tử thi cho thấy có áp xe ngoài màng cứng và viêm màng não tủy từ vùng thắt lưng tới gốc não, xét nghiệm phát hiện nhiễm *Staphylococcus aureus* (MRSA) kháng methicillin. Các thay đổi của tim, gan, lá lách đều thống nhất với chẩn đoán nhiễm trùng huyết.

Khám nghiệm tử thi kết luận rằng tình trạng áp xe của Caroline có thể và lẽ ra phải được chẩn đoán sớm hơn. Thảo luận sau đây về báo cáo của nhân viên khám nghiệm tử thi về nguyên nhân tử vong của Caroline Anderson sẽ làm rõ nhiều vấn đề được đề cập tới trong Ấn bản đa ngành về Hướng dẫn chương trình giảng dạy An toàn bệnh nhân này của WHO.



### Thảo luận

Vấn đề nổi bật được thể hiện nhiều lần trong câu chuyện này là yếu kém trong việc lưu hồ sơ chi tiết và ghi chép diễn biến lâm sàng của người bệnh và tình trạng thường xuyên đánh mất ghi chép diễn biến lâm sàng. Bác sĩ gây mê, bác sĩ B, đã rất lo ngại về các cơn đau bất thường của Caroline nên đã tham khảo thư viện y khoa, song ông lại không ghi điều đó vào hồ sơ lâm sàng của cô. Ông cũng đã không trao đổi với Caroline về nguy cơ mà ông nghĩ là đau ‘thần kinh’ hay đảm bảo để cô được khám kỹ trước khi cho xuất viện. Cũng có quan ngại là trong trường hợp này Bác sĩ B đã không tuân thủ các hướng dẫn dựa vào bằng chứng về sát trùng trước khi đặt ống thông gây tê ngoài màng cứng, vì theo nhận định của một chuyên gia độc lập, rất có khả năng vi khuẩn gây áp xe là từ nhân viên y tế hoặc môi trường bệnh viện xâm nhập vào bệnh nhân.

Rõ ràng là lẽ ra trường hợp bệnh của Caroline phải được các bác sĩ khác xử trí đến nơi đến chốn sau khi cô xuất viện. Thế nhưng cô đã không được tham gia vào quy trình chăm sóc điều trị cho mình, tức là đã không được hướng dẫn là phải đi khám nếu thấy đau lưng nhiều hơn. Tương tự như vậy, không bác sĩ nào gọi điện liên hệ hoặc đưa giấy giới thiệu chuyển tuyến cho cán bộ y tế địa phương là Bác sĩ C.

Nhận định của nhân viên khám nghiệm tử thi là tất cả các bác sĩ khám cho Caroline sau khi cô về nhà đều đã chẩn đoán vội vã, do nhận định sai lầm rằng nếu có vấn đề gì nghiêm trọng thì ai đó theo dõi ca bệnh này tiếp theo sẽ tìm ra. Bác sĩ C chỉ khám rất qua loa cho Caroline vì ông biết cô sẽ vào điều trị ở bệnh viện quận. Bác sĩ D, người khám cho Caroline khi cô nhập viện, biết rằng có 30% khả năng là Caroline bị áp xe ngoài màng cứng, song không ghi chép điều này vào hồ sơ vì ông cho rằng các đồng nghiệp cũng sẽ nhận ra điều đó.

Nguồn: *Inquest into the death of Caroline Barbara Anderson, Coroner's Court, Westmead, Sydney, Australia, 9 March 2004.* (Giáo sư Merrilyn Walton được gia đình Caroline chấp thuận bằng văn bản cho phép sử dụng câu chuyện của cô trong công tác đào tạo sinh viên các chuyên ngành y tế, để giúp họ học về an toàn bệnh nhân từ quan điểm của bệnh nhân và gia đình họ).

Còn Bác sĩ E đã mắc một sai sót lớn trong thực hành y khoa thông thường, là đồng ý khám cho Caroline rồi quên không thực hiện.

Vị Bác sĩ cuối cùng khám cho Caroline ở bệnh viện quận là một bác sĩ uy tín, Bác sĩ F, người đã kê thuốc giảm đau liều cao cho Caroline trước khi cho cô xuất viện mà không kiểm tra kỹ chẩn đoán tạm thời của mình là bệnh nhân bị Sacroiliitis, mà theo ông có lẽ là Sacroiliitis hậu phẫu hoặc do bị nhiễm trùng. Xét từ quan điểm an toàn thuốc, hướng dẫn mà Bác sĩ F viết trong đơn cho Caroline rất mơ hồ và khó hiểu khi ông viết là cô cần tăng liều oxycodone hydrochloride nếu cảm thấy đau hơn, đồng thời theo dõi xem có thay đổi đặc biệt gì không. Người ta cũng không tìm thấy tờ giấy trong đó Bác sĩ F ghi kết quả khám bệnh cho Caroline và đề xuất có thể cần chụp cộng hưởng từ (MRI).

Người duy nhất mà nhân viên khám nghiệm tử thi cho là phải chịu trách nhiệm chung về việc chăm sóc cho Caroline là bác sĩ sản của cô, Bác sĩ A. Từ sau khi cô rời bệnh viện tỉnh sau ca mổ đẻ, ông đã được gọi điện thông báo ít nhất ba lần về hiện tượng đau lưng và các vấn đề của cô, nhưng vẫn không nhận ra rằng tình trạng sức khỏe của cô rất nghiêm trọng.

Từ khi sinh con cho đến khi tử vong 25 ngày sau đó, Caroline đã được đưa đến 4 bệnh viện khác nhau. Rõ ràng là cần có sự liên tục trong chăm sóc y tế khi chuyển giao trách nhiệm giữa nhân viên y tế và điều dưỡng này sang nhân viên khác. Việc không thực hiện ghi chép đầy đủ chi tiết với các chẩn đoán tạm thời/phân biệt và khám bệnh và không tóm tắt bệnh án khi cho bệnh nhân xuất viện và chuyển viện đã dẫn đến hậu quả chẩn đoán chậm trễ tình trạng áp xe đe dọa đến tính mạng và cuối cùng là cái chết của Caroline.

## **Giới thiệu– Vì sao vấn đề an toàn bệnh nhân lại liên quan đến chăm sóc sức khỏe?**



Đã có vô số bằng chứng cho thấy con số đáng kể bệnh nhân phải chịu tổn hại trong quá trình khám chữa bệnh, dẫn đến bị tàn tật suốt đời, phải nằm viện điều trị, phải kéo dài thời gian điều trị ở bệnh viện và thậm chí tử vong. Trong thập niên vừa qua chúng ta đã học được rằng biến cố bất lợi xảy ra không phải vì cố ý làm hại bệnh nhân, mà do sự phức tạp của hệ thống y tế ngày nay, khi mà việc điều trị và kết quả chăm sóc cho mỗi bệnh nhân thành công hay không phụ thuộc vào không chỉ năng lực của mỗi cán bộ y tế, mà còn vào nhiều yếu tố khác nữa.

Khi có quá nhiều loại hình nhân viên y tế khác nhau (bác sĩ, hộ sinh viên, nha sĩ, bác sĩ ngoại khoa, điều dưỡng, dược sĩ, nhân viên xã hội, chuyên gia dinh dưỡng và những người khác) tham gia, rất khó có thể đảm bảo chăm sóc an toàn, trừ phi hệ thống y tế được thiết kế để tạo thuận lợi cho việc trao đổi thông tin kịp thời và đầy đủ giữa tất cả các nhân viên y tế tham gia chăm sóc cho bệnh nhân.

An toàn bệnh nhân là một quan ngại ở tất cả các nước có cung ứng dịch vụ y tế, dù là dịch vụ tư nhân hay nhà nước. Nếu không kiểm tra kỹ thông tin nhận dạng bệnh nhân hoặc kê thuốc kháng sinh mà không để ý đến điều kiện sức khỏe tiềm ẩn của người bệnh hoặc cho bệnh nhân dùng nhiều loại thuốc khác nhau mà không để ý đến khả năng có phản ứng bất lợi của thuốc đều có thể dẫn đến thương tổn cho người bệnh. Bệnh nhân không chỉ bị tổn hại bởi việc sử dụng công nghệ không đúng cách, mà họ còn có thể bị tổn hại bởi thông tin liên lạc kém giữa các nhân viên y tế, hay do điều trị chậm trễ.

Tình hình y tế ở các nước đang phát triển đặc biệt cần được lưu ý. Tình trạng cơ sở hạ tầng và trang thiết bị yếu kém, cung ứng và chất lượng thuốc không đáng tin cậy, yếu kém trong công tác kiểm soát nhiễm khuẩn và quản lý chất thải y tế, mức độ hoàn thành nhiệm vụ kém của nhân viên y tế, xuất phát từ động cơ làm việc thấp và thiếu kỹ năng; và thiếu hụt kinh phí cho các dịch vụ y tế càng làm tăng khả năng xảy ra biến cố bất lợi nhiều hơn so với các nước phát triển. Những vấn đề an toàn bệnh nhân quan trọng gồm: nhiễm khuẩn bệnh viện, tổn thương do tai biến phẫu thuật và gây mê/tê, an toàn thuốc, tổn thương do dụng cụ y tế gây ra, thực hành tiêm không an toàn và các chế phẩm máu, thực hành không an toàn cho phụ nữ có thai và trẻ sơ sinh. Ở nhiều bệnh viện, vấn đề nhiễm khuẩn bệnh viện đang ngày càng lan tràn do không có các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn. Đó là hậu quả của sự kết hợp của vô số yếu tố không thuận lợi liên quan đến thói quen vệ sinh và vệ sinh môi trường kém. Ngoài ra bối cảnh kinh tế - xã hội

không thuận lợi và bệnh nhân chịu tác động của tình trạng suy dinh dưỡng cũng như các loại hình nhiễm khuẩn và/hoặc bệnh tật khác cũng góp phần làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện.

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng nguy cơ xuất hiện nhiễm khuẩn vết mổ ở các nước đang phát triển cao hơn rất nhiều so với các nước phát triển, với tỷ lệ dao động từ 19% đến 31% ở các bệnh viện và các nước khác nhau [1]. Các con số của WHO về dùng thuốc không an toàn cho thấy có lẽ khoảng 25% các loại thuốc tiêu thụ ở các nước đang phát triển là thuốc giả, và điều này cũng góp phần dẫn đến chăm sóc y tế không an toàn.

Một khảo sát về báo cáo tình hình an toàn thuốc và thuốc giả của WHO ở 20 quốc gia cho thấy có tới 60% trường hợp thuốc giả là ở các nước đang phát triển và 40% là ở các nước phát triển [2]. Một nghiên cứu khác của WHO phát hiện có ít nhất một nửa số trang thiết bị bệnh viện ở các nước đang phát triển không còn sử dụng được nữa hoặc chỉ được sử dụng phần nào ở một thời điểm [3]. Ở một số nước, khoảng 40% số giường bệnh được đặt ở những tòa nhà được xây cho các mục đích sử dụng khác. Điều này gây khó khăn rất nhiều cho việc kết hợp các điều kiện bảo hộ chống nhiễm xạ và kiểm soát nhiễm khuẩn, và kết quả là những phương tiện bảo hộ hoặc kiểm soát đó hoặc là không đạt chuẩn hoặc không có [4]. Thậm chí chỉ căn cứ vào số bằng chứng hạn chế và ước tính từ các nước đang phát triển, cũng cho thấy sự cần thiết cấp bách phải có những nỗ lực kết hợp liên quan đến công tác giáo dục và đào tạo cán bộ y tế.

An toàn bệnh nhân ở các nước phát triển cũng như đang phát triển là một chủ đề rộng lớn có thể được kết hợp với công nghệ tiên tiến nhất, như kê đơn thuốc điện tử, thiết kế lại phòng khám và các cơ sở khám chữa bệnh ngoại trú, mà còn cả vấn đề rửa tay thế nào cho đúng cách và biết cách để làm việc tích cực trong nhóm. Nhiều đặc điểm của các chương trình an toàn bệnh nhân không bao gồm nguồn lực tài chính, mà đúng ra là cần đến cam kết thực hành an toàn của các cá nhân. Cá nhân các cơ sở khám chữa bệnh có thể cải thiện an toàn bệnh nhân bằng cách thu hút sự tham gia của bệnh nhân và gia đình họ với thái độ tôn trọng, kiểm tra các quy trình thủ tục, rút kinh nghiệm từ sai sót và thông tin liên lạc hiệu quả với các thành viên khác của nhóm chăm sóc. Những hoạt động như vậy cũng có thể giúp giảm thiểu chi phí vì chúng giúp giảm thiểu tổn hại gây ra cho bệnh nhân. Công tác báo cáo và phân tích sai sót có thể giúp phát hiện những yếu tố chính dẫn đến sai sót. Hiểu về các yếu tố dẫn đến sai sót là điều cơ bản để suy nghĩ về những thay đổi có thể phòng tránh sai sót.

## Từ khóa

An toàn bệnh nhân, lý thuyết hệ thống, đồ lỗi, văn hóa đồ lỗi, trực trực hệ thống, cách tiếp cận con người, hành vi vi phạm, các mô hình ATBN, đa ngành và lấy người bệnh làm trung tâm.

## Mục tiêu học tập



Sinh viên cần hiểu về môn học ATBN và vai trò của nó trong việc giảm thiểu tần suất và tác động của biến cố bất lợi, cũng như tăng tối đa khả năng phục hồi sau những biến cố đó.

## Kết quả học tập: kiến thức và thực hành

Kiến thức và kỹ năng an toàn bệnh nhân bao trùm nhiều lĩnh vực, trong đó có làm việc hiệu quả theo nhóm, thông tin liên lạc chính xác và kịp thời, an toàn thuốc, vệ sinh bàn tay và các kỹ năng thủ thuật và phẫu thuật. Các chủ đề trong tài liệu Hướng dẫn Chương trình giảng dạy này đã được chọn trên cơ sở bằng chứng về sự phù hợp và hiệu quả của chúng. Trong chủ đề này chúng tôi trình bày tổng quan về an toàn bệnh nhân và đặt cơ sở để học sâu hơn về một số lĩnh vực kể trên. Ví dụ, chúng tôi giới thiệu thuật ngữ *biến cố trọng điểm* trong chủ đề này, nhưng lại thảo luận kỹ hơn về ý nghĩa và tính phù hợp của thuật ngữ đó đối với an toàn bệnh nhân trong Chủ đề 5 (*Rút kinh nghiệm từ sai sót để phòng ngừa tổn hại cho bệnh nhân*) và Chủ đề 6 (*Nhận thức và quản lý nguy cơ lâm sàng*).

### Yêu cầu về kiến thức



Sinh viên cần biết:

- tổn hại do sai sót y khoa và trực trực hệ thống gây ra;
- những bài học về sai sót và trực trực hệ thống của các ngành công nghiệp khác;
- lịch sử của môn an toàn bệnh nhân và nguồn gốc của văn hóa đồ lỗi;
- sự khác biệt giữa trực trực hệ thống, hành vi vi phạm và sai sót;
- một mô hình an toàn bệnh nhân.

### Yêu cầu về thực hành



Sinh viên cần áp dụng tư duy an toàn bệnh nhân vào mọi hoạt động chuyên môn. Họ cần thể hiện khả năng nhận biết vai trò của an toàn bệnh nhân trong cung ứng chăm sóc an toàn.

## Tổn hại do sai sót y khoa và trực trực hệ thống gây ra



Mặc dù mức độ của các biến cố bất lợi trong hệ thống y tế đã được nhận biết từ lâu [5-12], song những biến cố đó được thừa nhận và quản lý ở những mức độ khác nhau giữa các cơ sở y tế và chuyên môn y tế. Thông tin kém và nhận hiểu biết kém về mức độ tổn hại và thực tế là đa số sai sót không gây tổn hại gì có thể là lý do vì sao bấy lâu

nay vấn đề an toàn bệnh nhân không được coi là một ưu tiên. Thêm vào đó mỗi lần sai sót chỉ xảy ra với một bệnh nhân, và nhân viên làm việc ở một lĩnh vực có thể ít khi trải nghiệm hoặc chứng kiến một biến cố bất lợi. Sai sót và trực trực hệ thống không xảy ra cùng lúc hoặc cùng nơi, và điều đó có thể làm ta không nhận rõ được mức độ sai sót trong hệ thống y tế.

Việc thu thập và công bố số liệu về kết quả điều trị bệnh nhân vẫn chưa trở thành hoạt động thường quy ở tất cả các bệnh và phòng khám. Tuy nhiên đã có nhiều nghiên cứu xem xét số liệu về kết quả điều trị bệnh nhân [11,13,14] cho thấy có nhiều biến cố bất lợi có thể ngăn ngừa được. Trong một nghiên cứu đột phá, Leape và đồng sự [14] đã phát hiện là hơn 2/3 số biến cố bất lợi trong số mẫu mà họ thu thập được có thể ngăn ngừa được, 28% trong số đó là do sự xao lãng của nhân viên y tế và 42% do các yếu tố khác. Họ kết luận rằng nhiều bệnh nhân bị thương do hậu quả của quản lý y khoa yếu kém và chăm sóc không đến nơi đến chốn.

Bates và đồng sự [15] phát hiện là các sự cố bất lợi liên quan đến dược phẩm rất phổ biến và sự cố bất lợi nghiêm trọng liên quan đến thuốc có thể ngăn ngừa được. Họ còn thấy rằng các loại thuốc gây hại cho bệnh nhân với tỷ lệ chung là khoảng 6,5/100 ca nhập viện ở các bệnh viện thực hành lớn ở Hoa Kỳ. Mặc dù phần lớn các sự cố là do sai sót ở khâu kê đơn và bào chế, song nhiều sự cố cũng xảy ra ở khâu phát thuốc hoặc tiêm/truyền cho bệnh nhân. Các tác giả của nghiên cứu này đề xuất là các chiến lược phòng ngừa cần nhằm vào cả hai khâu trong quy trình cung ứng thuốc. Nghiên cứu của họ, dựa trên báo cáo của điều dưỡng và dược sĩ và xem xét biểu đồ dùng thuốc hàng ngày, vẫn chưa thể hiện được toàn cảnh vấn đề, vì nhiều bác sĩ không tự giác báo cáo về sai sót trong dùng thuốc.

Nhiều nghiên cứu khẳng định là sai sót y khoa là chuyện cơm bữa trong hệ thống y tế của chúng ta, và chi phí liên quan đến sai sót y khoa là rất lớn. Ở Australia [16], sai sót dẫn đến 18 000 ca tử vong vô ích và hơn 50 000 bệnh nhân bị tàn tật. Ở Hoa Kỳ [17], mỗi năm sai sót y khoa khiến ít nhất 44 000 (và có lẽ con số lên tới 98 000) bệnh nhân chết, và hơn một triệu người bị tàn tật.

Năm 2002, các quốc gia thành viên của WHO đã nhất trí thông qua Nghị quyết của Hội đồng Y tế Thế giới về an toàn bệnh nhân, công nhận sự cần thiết phải giảm bớt tổn hại và đau đớn cho người bệnh và gia đình họ, và công nhận những bằng chứng thuyết phục về lợi ích kinh tế mà việc cải thiện an toàn bệnh nhân mang lại. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng thời gian phải nằm viện điều trị kéo dài, chi phí viện cáo khiếu nại, nhiễm khuẩn bệnh viện, mất thu nhập, tàn phế và chi phí y tế do sai sót y khoa gây ra ở một số nước là từ



6 tỷ US\$ đến 29 tỷ US\$ mỗi năm [17, 18].

Mức độ của tổn hại do chăm sóc y tế gây ra đã được thể hiện qua việc công bố các nghiên cứu quốc tế liệt

kê trong Bảng B.1.1. Những nghiên cứu đó khẳng định con số đông đảo bệnh nhân bị tổn hại và tỷ lệ biến cố bất lợi ở bốn quốc gia.

**Bảng B.1.1. Số liệu về biến cố bất lợi ở các bệnh viện chăm sóc đặc biệt ở Australia, Đan Mạch, Vương quốc Anh và Hoa Kỳ**

Nghiên cứu	Năm thực hiện thu thập số liệu	Số ca nhập viện	Số biến cố bất lợi xảy ra	Tỷ lệ biến cố bất lợi (%)
1 Hoa Kỳ (Nghiên cứu thực hành y ở ĐH Harvard)	1984	30 195	1 133	3,8
2 Hoa Kỳ (Nghiên cứu ở Utah–Colorado)	1992	14 565	475	3,2
3 Hoa Kỳ (Nghiên cứu ở Utah–Colorado) <sup>a</sup>	1992	14 565	787	5,4
4 Australia (Nghiên cứu chất lượng chăm sóc y tế Australia)	1992	14 179	2 353	16,6
5 Australia (Nghiên cứu chất lượng chăm sóc y tế Australia) <sup>b</sup>	1992	14 179	1 499	10,6
6 Vương quốc Anh	1999–2000	1 014	119	11,7
7 Đan Mạch	1998	1 097	176	9,0

Nguồn: Tổ chức Y tế Thế giới, Phiên họp thứ 109 của Hội đồng chấp hành, mục nghị sự tạm thời 3.4, 5. 2001, EB 109/9 [19].

<sup>a</sup> Được sửa đổi lại, áp dụng phương pháp như của Nghiên cứu chất lượng chăm sóc y tế Australia (hài hòa bốn khác biệt về phương pháp giữa hai nghiên cứu).

<sup>b</sup> Được sửa đổi lại, áp dụng phương pháp như của Nghiên cứu Utah–Colorado (hài hòa bốn khác biệt về phương pháp giữa hai nghiên cứu).

Nghiên cứu số 3 và 5 đưa ra số liệu có thể so sánh trực tiếp được nhất cho nghiên cứu Utah–Colorado và các Nghiên cứu chất lượng chăm sóc y tế Australia.

Những nghiên cứu liệt kê trong Bảng B.1.1 dùng phương pháp xem xét hồi cứu hồ sơ y tế để tính toán mức độ thương tổn mà sai sót y khoa gây ra cho bệnh nhân [20–23]. Từ đó các nước khác, gồm Canada, Anh và New Zealand cũng đã xuất bản số liệu tương tự về biến cố bất lợi [24]. Mặc dù tỷ lệ bị thương tật do sai sót y khoa giữa các nước công bố số liệu có khác nhau, song có sự nhất trí là tổn hại gây ra là rất đáng quan ngại. Những cái chết tức tưởi mà phương tiện thông tin đại chúng đưa tin, dù rất khủng khiếp đối với gia đình nạn nhân và các nhân viên y tế liên quan, chưa phải là đại diện cho đại đa số các biến cố bất lợi trong y tế. Bệnh nhân có nhiều khả năng là nạn nhân của những sự cố ít nghiêm trọng hơn, song cũng vẫn gây tác hại, như nhiễm trùng vết thương, loét do áp lực và phẫu thuật lung không thành công [24]. Bệnh nhân mổ thường đối mặt với nguy cơ nhiều hơn [25]. Để giúp quản lý biến cố bất lợi, hệ thống y tế ở nhiều nước phân loại biến cố bất lợi theo mức độ nghiêm

trọng. Những sự cố nghiêm trọng nhất, dẫn đến hậu quả tổn thương nặng hoặc tử vong, được gọi là *sự cố trọng điểm*. Ở một số nước những sự cố này được gọi là sự cố “không được phép xảy ra”. Ngày nay nhiều nước đã có, hoặc đang xây dựng, các hệ thống báo cáo và phân tích biến cố bất lợi. Để cải thiện hơn nữa chất lượng chăm sóc y tế về lâu dài, một số nước thậm chí đã quy định bắt buộc phải báo cáo các sự cố nghiêm trọng kèm theo phân tích nguyên nhân gốc (RCA) để xác định nguồn gốc mỗi sai sót. Lý do phải phân loại sự cố bất lợi là để đảm bảo những sự cố nghiêm trọng nhất có khả năng lặp lại phải được báo cáo và phân tích bằng phương pháp cải thiện chất lượng, và để chắc chắn rằng nguyên nhân của vấn đề được tìm ra và có áp dụng các giải pháp phòng tránh những vụ việc tương tự. Những phương pháp này sẽ được bàn tới trong Chủ đề 7.



**Bảng B.1.2. Một số biến cố bất lợi ghi nhận ở Australia và Hoa Kỳ [19]**

<b>Loại hình biến cố bất lợi</b>	<b>Hoa Kỳ (% trong 1 579 sự cố)</b>	<b>Australia (% trong 175 sự cố)</b>
Bệnh nhân tự tử khi đang nằm viện hoặc trong vòng 72 giờ sau khi xuất viện	2 9	13
Phẫu thuật nhầm bệnh nhân hoặc nhầm vị trí	2	47
Sai sót trong dùng thuốc dẫn đến tử vong	3	7
Cưỡng bức/tấn công/giết người trong bệnh viện	8	N/A
Truyền máu không tương thích	6	1
Tử vong mẹ (đau đẻ, sinh)	3	12
Bắt cóc trẻ sơ sinh/trả nhầm con cho sản phụ	1	-
Bỏ quên dụng cụ trong cơ thể bệnh nhân sau khi phẫu thuật	1	21
Tử vong bất thường của trẻ sinh đủ tháng	-	N/A
Vàng da nghiêm trọng ở trẻ sơ sinh	-	N/A
Chụp X-quang kéo dài	-	N/A
Thuyên tắc khí	N/A	-

Nguồn: Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health care: a guide to getting it right*, 2007 [24].

N/A có nghĩa là phân loại này không có trong danh mục chính thức các sự cố trọng điểm phải báo cáo ở nước đó.

#### **Thiệt hại về người và về kinh tế**

Biến cố bất lợi gây thiệt hại đáng kể về người và về kinh tế. Theo ước tính của Tổ chức An toàn bệnh nhân Australia, chi phí bồi thường và phí bảo hiểm cho các vụ kiện lớn liên quan đến sơ suất của nhân viên y tế ở bang Nam Úc trong các năm 1997–1998 là khoảng 18 triệu đô la Australia [26]. Mỗi năm Dịch vụ y tế quốc gia Anh phải chi khoảng 400 triệu bảng để giải quyết các vụ kiện sơ suất y tế [14]. Tháng 12/1999 Cơ quan nghiên cứu và Quản lý Chất lượng chăm sóc sức khỏe Hoa Kỳ (AHRQ) báo cáo rằng gần nửa sai sót y khoa có khả năng tiết kiệm được khoảng

8,8 tỷ US\$ mỗi năm. Cũng trong năm 1999, trong báo cáo hội thảo nhan đề Nhân vô thập toàn, Viện Y học Hoa Kỳ (IOM) ước tính mỗi năm chi riêng sai sót y khoa trong các bệnh viện đã làm từ 44 000 đến 98 000 người chết, khiến cho sai sót y khoa trở thành nguyên nhân đứng thứ tám trong các nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở Mỹ. Báo cáo của IOM cũng ước tính những sai sót y khoa có thể ngăn ngừa được mỗi năm gây thiệt hại cho nước Mỹ (cả chi phí trực tiếp và gián tiếp) 17 tỷ US\$.

Thiệt hại về đau đớn và khổ sở cho con người, bao gồm cả việc không tự lập được và mất năng suất lao động cho cả bệnh nhân, gia đình họ và người chăm sóc vẫn chưa được tính toán. Trong khi những tranh cãi [27-31] về phương pháp sử dụng để xác định tỷ lệ thương tích và thiệt hại gây ra cho hệ thống y tế vẫn tiếp tục trong ngành y tế, nhiều nước đã chấp nhận an toàn của hệ thống y tế là một lĩnh vực ưu tiên cần được nghiên cứu và cải tổ.

#### **Những bài học về sai sót và trực trực hệ thống của các ngành công nghiệp khác**

Thảm họa công nghệ lớn liên quan tới tàu vũ trụ, phà, dàn khoan dầu ngoài khơi, hệ thống đường xe lửa

nhà máy điện hạt nhân và nhà máy hóa học trong thập niên 1980 đã dẫn đến sự phát triển các cơ cấu tổ chức để đảm bảo nơi làm việc và văn hóa làm việc an toàn hơn. Nguyên tắc trung tâm làm cơ sở cho những nỗ lực cải thiện an toàn của những ngành công nghiệp này là tai nạn là hệ quả của nhiều yếu tố kết hợp lại, chứ không phải là do một yếu tố duy nhất, riêng rẽ. Các yếu tố hoàn cảnh riêng biệt, điều kiện nơi làm việc, và các yếu tố tổ chức tiềm ẩn và các quyết định về quản lý thường đều có liên quan. Kết quả phân tích những thảm họa đó cũng cho thấy tổ chức càng phức tạp thì khả năng xảy ra nhiều sai sót hệ thống càng cao.

Turner, nhà xã hội học nghiên cứu về trực trực hệ thống vào thập niên 1970, là người đầu tiên hiểu rằng theo dấu “chuỗi sự kiện” có ý nghĩa quan trọng để hiểu về những nguyên nhân sâu xa của một vụ tai nạn [32,33]. Công trình của Reason về lý luận nhận thức về sai sót tiềm ẩn và thực sự và nguy cơ liên quan tới tai nạn của tổ chức được xây dựng trên cơ sở nghiên cứu đó [34, 35]. Reason đã phân tích đặc điểm của nhiều vụ tai nạn lớn xảy ra trong thập niên 1980 và ghi nhận rằng lỗi tiềm ẩn của con người nhiều hơn trực trực kỹ thuật. Ngay cả trong trường hợp thiết bị hoặc phụ kiện thiết bị hỏng hóc, ông nhận thấy hành động của con người vẫn có thể làm thay đổi hoặc giảm bớt hậu quả.

Một phân tích thảm họa nhà máy điện hạt nhân Chernobyl [36] cho thấy lỗi tổ chức và vi phạm quy trình vận hành được coi là bằng chứng của “văn hóa an toàn yếu kém” [37] tại nhà máy Chernobyl thực ra là những đặc điểm tổ chức góp phần dẫn đến tai nạn. Những bài học rút ra từ cuộc điều tra về thảm họa Chernobyl đặc biệt quan trọng cho thấy tình trạng một văn hóa tổ chức hiện hành cho phép xảy ra những vi phạm quy định và thủ tục. Đó cũng là đặc điểm của các sự kiện xảy ra trước vụ nổ tàu con thoi Challenger [38]. Điều tra về vụ nổ đó cho thấy vi phạm quy định đã trở thành luật lệ chứ không phải là ngoại lệ như thế nào. (Ủy ban điều tra phát hiện những lỗi trong thiết kế tàu con thoi và thông tin liên lạc kém có thể cũng góp phần dẫn đến thảm họa) Vaughan phân tích những phát hiện về vụ nổ tàu ‘Challenger’ và mô tả những cuộc đàm phán giữa các chuyên gia để tìm kiếm giải pháp trong một môi trường không hoàn hảo với hiểu biết không đầy đủ đã dẫn đến những vi phạm như thế nào. Vaughan đề xuất là quy trình phát hiện và xử trí các yếu tố nguy cơ dẫn đến việc bình thường hóa những đánh giá bất cần.

### **Bảng B.1.1. Vụ nổ tàu con thoi ‘Challenger’s’**

#### **Những vi phạm có thể đã dẫn đến vụ nổ tàu con thoi ‘Challenger’**

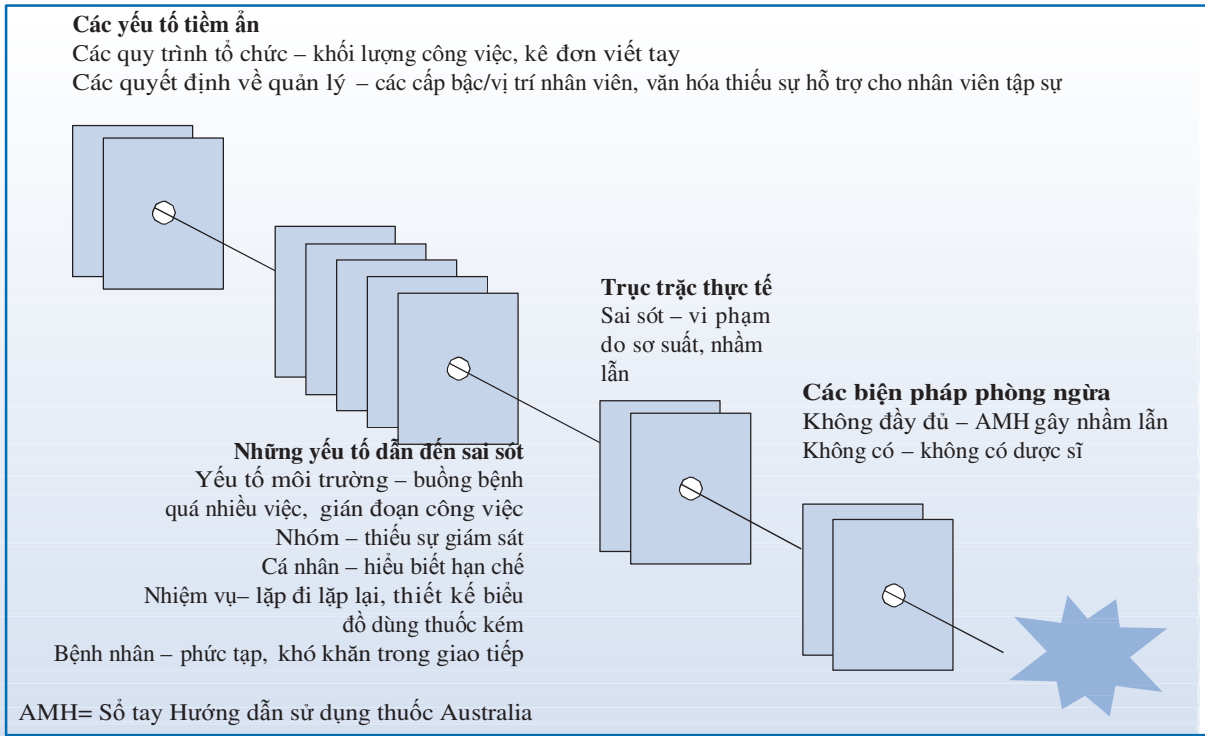
Suốt gần một năm trước khi tàu Challenger bay chuyên cuối cùng, các kỹ sư đã thảo luận về một lỗi thiết kế trong khớp sử dụng để hàn các bộ phận của tên lửa đẩy rắn. Người ta đã nỗ lực cố thiết kế lại giải pháp cho vấn đề, song, trước mỗi lần phóng tàu con thoi, các quan chức của cả NASA và Thiokol (công ty thiết kế và sản xuất tên lửa đẩy) đều khẳng định là tên lửa đẩy rắn hoàn toàn an toàn để sử dụng (Xem thêm: McConnell M. Challenger: a major malfunction. London, Simon & Schuster, 1987:7). Tàu Challenger đã được phóng thành công 9 lần trước khi xảy ra thảm họa.

Reason [39] đã sử dụng những bài học đó từ ngành công nghiệp để giải thích cho số lượng lớn các biến cố bất lợi trong môi trường y tế. Ông tuyên bố rằng chỉ có cách tiếp cận hệ thống (ngược lại với cách tiếp cận con người dựa vào việc đổ lỗi cho cá nhân vẫn thường được sử dụng) sẽ tạo ra một văn hóa chăm sóc sức khỏe an toàn hơn, vì thay đổi điều kiện làm việc của con người sẽ dễ hơn là thay đổi hành vi của họ. Để minh họa cho cách tiếp cận hệ thống, ông sử dụng các ví dụ của ngành công nghiệp cho thấy lợi ích của các biện pháp phòng ngừa, bảo vệ, rào cản được tích hợp vào hệ thống. Khi hệ thống trực trực, câu hỏi đầu tiên sẽ là vì sao nó trực trực chứ không phải là ai làm cho nó trực trực. Ví dụ, những biện pháp bảo vệ nào không có hiệu quả? Reason xây dựng mô hình pho mát Thụy Sĩ [40] để giải thích cách thức lỗi ở những lớp khác nhau của hệ thống có thể dẫn đến tai nạn/ nhầm lẫn/ sự cố như thế nào.



Mô hình pho mát Thụy Sĩ dưới đây của Reason (Hình B.1.1) mô tả các loại hình yếu tố khác nhau (yếu tố tiềm ẩn, yếu tố gây sai sót, trực trực thực sự và bảo vệ) liên quan đến biến cố bất lợi.

Sơ đồ cho thấy lỗi ở một tầng bậc của tổ chức thường chưa đủ để gây ra tai nạn. Hậu quả xấu trong thế giới thực thường xảy ra khi có một loạt lỗi xảy ra ở nhiều tầng bậc khác nhau (ví dụ vi phạm nội quy, không đủ nguồn lực, giám sát không chặt chẽ và thiếu kinh nghiệm) và nhanh chóng kết hợp lại để tạo đường dẫn tới cơ hội xảy ra tai nạn. Ví dụ, nếu một bác sĩ mới ra trường được giám sát chặt chẽ và đúng lúc, thì có thể tránh được sai sót trong dùng thuốc. Để chống lại sai sót ở cuối chuỗi sự kiện trong mô hình, Reason kêu gọi áp dụng nguyên tắc “phòng thủ chiều sâu” [41], theo đó nhiều lớp bảo vệ liên tiếp (hiểu biết, nhận thức, cảnh giác và cảnh báo, khôi phục hệ thống, rào cản an toàn, ngăn chặn, loại trừ, di tản, chạy và cứu hộ) được thiết kế để phòng ngừa chống lại thất bại của lớp bảo vệ chính. Tổ chức được thiết kế để dự đoán trực trực, qua đó giảm thiểu các điều kiện tiềm ẩn có thể cho phép trực trực thực sự hoặc “đang hoạt động” gây tổn hại.

**Hình B.1.1. Mô hình pho mát Thụy Sĩ: các bước và yếu tố liên quan tới biến cố bất lợi** 



Nguồn: Coombes ID et al. Why do interns make prescribing errors? A qualitative study. *Medical Journal of Australia*, 2008 (Lấy từ mô hình nguyên nhân gây tai nạn của Reason) [41].

**Lịch sử môn An toàn bệnh nhân và nguồn gốc của văn hóa đổ lỗi**  

Cách chúng ta giải quyết trục trặc và sơ suất trong y tế từ xưa đến nay đã luôn dựa trên cơ sở cách tiếp cận con người – chúng ta chọn ra một người liên quan trực tiếp đến chăm sóc bệnh nhân vào thời điểm xảy ra sự cố và buộc họ chịu trách nhiệm. Hành động ‘quy trách nhiệm’ này trong y tế là cách làm phổ biến để giải quyết vấn đề. Chúng tôi gọi cách làm đó là “văn hóa đổ lỗi.” Từ năm 2000, các tài liệu về y tế được công bố đã nói ngày càng nhiều về văn hóa đổ lỗi này [42]. Có lẽ là do đã có sự nhận thức là không thể có cải thiện khi chúng ta chỉ tập trung vào việc đổ lỗi cho các cá nhân. Quyết tâm quy trách nhiệm này được coi là một trong những cản trở lớn nhất đối với khả năng quản trị rủi ro và nâng cao chất lượng chăm sóc của hệ thống y tế [40, 43-46]. Ví dụ, nếu phát hiện ra một bệnh nhân bị cho uống nhầm thuốc và bị dị ứng thuốc, chúng ta tìm người sinh viên thực tập, dược sĩ, điều dưỡng hoặc bác sĩ đã ra y lệnh, kê đơn, pha chế, hay cho bệnh nhân uống nhầm loại thuốc đó và buộc họ chịu trách nhiệm về việc bệnh nhân bị dị ứng thuốc. Những cá nhân bị xác định là có trách nhiệm sẽ bị bêu xấu. Người phải chịu trách nhiệm về sai sót có thể được bồi dưỡng chuyên môn để tránh sai sót, bị khiển trách hoặc yêu cầu không bao giờ mắc lại lỗi như thế nữa. Chúng ta biết nếu chỉ đơn giản yêu cầu nhân viên y tế cần cố gắng hơn nữa thì sẽ chẳng có tác

dụng gì. Chính sách và quy trình có thể cần phải thay đổi để giúp nhân viên y tế tránh phản ứng dị ứng thuốc cho bệnh nhân. Tuy nhiên trọng tâm của việc đó vẫn nhằm vào cá nhân nhân viên y tế chứ không phải vào cung cách hệ thống mất khả năng bảo vệ người bệnh và ngăn chặn việc cho bệnh nhân dùng nhầm thuốc.

**Vì sao chúng ta đổ lỗi?**

Yêu cầu phải có câu trả lời vì sao lại xảy ra sự cố bất lợi không phải là cách đáp ứng phổ biến. Bản chất con người là muốn đổ lỗi cho người khác và đổ lỗi được cho ai đó sẽ mang lại cảm giác hài lòng cho mọi người tham gia điều tra vụ việc. Các nhà tâm lý học xã hội đã nghiên cứu cung cách con người đưa ra quyết định về nguyên nhân xảy ra một sự cố nhất định, và gọi đó là thuyết quy kết. Tiền đề của thuyết này là con người, về bản chất, muốn giải thích thế giới. Vì vậy khi có biến cố không lường trước xảy ra, chúng ta sẽ tự động bắt đầu tìm kiếm cách giải thích nguyên nhân.

Mấu chốt của nhu cầu đổ lỗi này của chúng ta là niềm tin rằng hành động trừng phạt là thông điệp mạnh mẽ cho những người khác hiểu rằng sai sót là không thể chấp nhận được và những người mắc sai

sốt sẽ bị trừng phạt. Vấn đề của giả định này là ở chỗ nó dựa trên cơ sở niềm tin là, ở chừng mực nào đó, người mắc lỗi đã cố mắc lỗi chứ không chịu làm đúng quy trình: rằng người đó đã cố tình làm sai. Vì các cá nhân đã được đào tạo và/hoặc có địa vị về chuyên môn/tổ chức, nên chúng ta cho rằng họ “lẽ ra phải biết” [47]. Khái niệm của chúng ta về trách nhiệm có vai trò trong sự tìm kiếm kẻ có lỗi. Những người làm chuyên môn phải nhận trách nhiệm về hành động của mình như một phần của quá trình đào tạo và quy định về thực hành. Quy kết trách nhiệm pháp lý về một tai nạn cho nhầm lẫn hoặc hành vi sai trái của những người trực tiếp kiểm soát việc điều trị sẽ dễ hơn là cho những người ở cấp quản lý [47].

Năm 1984, Perrow [48] là một trong những người đầu tiên viết về sự cần thiết phải dừng ngay việc “quy kết trách nhiệm” cho các cá nhân, khi ông nhận thấy có từ 60% đến 80% những trục trặc hệ thống là do “sai sót của người điều hành” [5]. Vào thời đó, cách đáp ứng văn hóa phổ biến đối với sai sót là trừng phạt các cá nhân chứ không đề cập đến bất kỳ vấn đề nào liên quan tới hệ thống có thể góp phần dẫn đến những sai sót đó. Cơ sở của cách ứng xử đó là quan niệm rằng một khi cá nhân đã được đào tạo để thực hiện nhiệm vụ, thì việc một nhiệm vụ nào đó không thực hiện được liên quan đến việc cá nhân không hoàn thành nhiệm vụ và đáng bị trừng phạt. Perrow tin rằng những trục trặc kỹ thuật-xã hội này là hệ quả tất nhiên của các hệ thống công nghệ phức tạp [31]. Các tác giả khác [49] đã bổ sung thêm cho lý luận này bằng cách nhấn mạnh vai trò của các yếu tố con người ở cả cấp độ cá nhân và tổ chức.

Phát triển thêm từ công trình nghiên cứu của Perrow [48] và Turner [33], Reason [40] đã đưa ra cách phân tích nguyên nhân của sai sót của con người gồm hai phần như sau. Thứ nhất, hành động của con người gần như luôn bị kiểm chế và chi phối bởi những yếu tố nằm ngoài sự kiểm soát trực tiếp của cá nhân. Ví dụ sinh viên điều dưỡng phải tuân thủ các chính sách và thủ tục do nhân viên điều dưỡng xây dựng. Thứ hai, con người khó có thể tránh được những hành động mà họ không cố ý thực hiện. Ví dụ một sinh viên nha khoa có thể không biết về quy định phải có sự chấp thuận tự nguyện của bệnh nhân khi anh ta yêu cầu bệnh nhân ký bản cam kết chấp nhận phẫu thuật. Một sinh viên điều dưỡng có thể không hiểu tính chất liên quan của việc kiểm tra để đảm bảo có bản cam kết đã được ký trong hồ sơ bệnh án trước khi thực hiện thủ thuật. Hay một bệnh nhân có thể nói với sinh viên rằng họ chưa hiểu bản cam kết mà họ ký và sinh viên có thể không phản ánh chuyện đó với bác sĩ.

Có nhiều nguyên nhân dẫn đến sai sót: gồm nguyên nhân liên quan đến cá nhân, nhiệm vụ, tình huống

và tổ chức. Ví dụ nếu một sinh viên nha khoa, y khoa hoặc điều dưỡng đi vào khu vực vô khuẩn mà không rửa tay đúng cách, thì có thể là do sinh viên đó chưa bao giờ được chỉ bảo cách rửa tay hoặc đã thấy những người khác không tuân thủ hướng dẫn rửa tay. Cũng có thể vì đã hết nước rửa tay hay sinh viên đó đang vội vì có ca cấp cứu. Trong một lực lượng lao động có kỹ năng, giàu kinh nghiệm và nói chung là có ý định tốt, thì để có được cải thiện, ta cần cải thiện tình huống hơn là con người. Ví dụ nếu nhân viên y tế bị ngăn không được vào phòng mổ nếu không tuân thủ các kỹ thuật rửa tay thích hợp, thì nguy cơ nhiễm khuẩn sẽ được giảm thiểu.

Reason cảnh báo việc tỏ ra sáng suốt sau khi đã xảy ra sự cố, hiện tượng gọi là “xu hướng nhận thức muộn” – vì đa số những người liên quan đến tai nạn nghiêm trọng không có ý định để xảy ra sai sót gì và lúc đó họ thường làm những gì được xem là đúng đắn mặc dù họ “có thể mù quáng không nhận ra hậu quả của hành động của mình” [35].

Ngày nay phần lớn các nhà quản lý của các hệ thống công nghiệp/công nghệ cao đều nhận thức rằng văn hóa đổ lỗi sẽ không giúp giải quyết được các vấn đề an toàn[50]. Mặc dù hệ thống y tế ở nhiều nước đã bắt đầu nhận thức được vấn đề, nhưng chúng ta vẫn chưa tách khỏi được cách tiếp cận con người - trong đó việc quy kết trách nhiệm hay che giấu sai sót rất phổ biến—đề hướng tới một văn hóa cởi mở hơn với các quy trình phát hiện trục trặc hoặc sai sót trong các bước “phòng ngừa”. Những tổ chức đầu tư vào an toàn thường xuyên kiểm tra mọi mặt trong hệ thống của mình mỗi khi xảy ra sự cố, bao gồm kiểm tra thiết kế trang thiết bị, quy trình thủ tục, đào tạo và các khía cạnh tổ chức khác [51].

#### Hành vi vi phạm

Việc áp dụng cách tiếp cận hệ thống để phân tích sai sót và trục trặc không hàm ý văn hóa không đổ lỗi. Trong mọi nền văn hóa, cá nhân các nhân viên y tế được yêu cầu phải chịu trách nhiệm về hành động của mình, duy trì năng lực và thực hành theo chuẩn mực y đức. Khi học về tư duy hệ thống, sinh viên cần nhận thức được là với tư cách là các nhân viên y tế được tin tưởng, mọi người đòi hỏi họ phải hành động một cách có trách nhiệm và nhận trách nhiệm về hành động của mình [44]. Một phần của khó khăn là ở chỗ nhiều nhân viên y tế hàng ngày vi phạm quy định chuyên môn, như không rửa tay đúng quy cách hoặc để những nhân viên mới và chưa có kinh nghiệm làm việc mà không giám sát chặt chẽ. Sinh viên có thể chứng kiến các nhân viên y tế trong khoa hay phòng khám làm tắt quy trình thủ tục và nghĩ đó là cách cần làm. Những hành vi như vậy là không thể chấp nhận được. Reason nghiên cứu vai trò của những hành vi vi phạm trong hệ thống và lý luận rằng, ngoài cách tiếp cận hệ thống để quản lý sai sót, chúng ta cũng cần những biện pháp điều hành



với pháp chế phù hợp, nguồn lực và công cụ để phạt hành vi không an toàn của nhân viên lâm sàng [40].

Reason định nghĩa vi phạm là hành vi đi trệch khỏi quy trình, tiêu chuẩn hay quy định hoạt động an toàn [40]. Ông liên hệ các loại hình vi phạm thường xuyên và tối ưu hóa hành vi vi phạm với tính cách cá nhân và những vi phạm cần thiết với trực trách của tổ chức.

### Vi phạm thường xuyên

Những nhân viên y tế không thực hành vệ sinh bàn tay khi khám qua các bệnh nhân khác nhau vì cảm thấy mình quá bận rộn là ví dụ về hành vi vi phạm thường xuyên. Reason cho rằng những hành vi vi phạm đó rất phổ biến và thường được bỏ qua. Những ví dụ khác về vi phạm loại này trong y tế có thể là không thông tin liên lạc đầy đủ giữa các nhân viên y tế khi thay ca (Bàn giao trách nhiệm chăm sóc bệnh nhân), không làm theo thủ tục, và không đáp ứng yêu cầu của bệnh nhân trong ca trực.

### Tối ưu hóa hành vi vi phạm

Những cán bộ y tế lâu năm để cho sinh viên thực hiện thủ tục mà không để ý giám sát vì bận khám cho bệnh nhân riêng của mình là một ví dụ về tối ưu hóa hành vi vi phạm. Loại vi phạm này bao gồm những hành vi vi phạm trong đó một người nào đó vi phạm với động cơ mục tiêu cá nhân, như tham lam hay hào hứng muốn mạo hiểm, thực hiện cách điều trị thí nghiệm, và thực hiện các thủ thuật không cần thiết.

### Vi phạm cần thiết

Những điều dưỡng và bác sĩ quá bận rộn và thiếu thời gian cố tình bỏ qua một vài thủ tục khi phát thuốc hoặc tiêm/truyền cho bệnh nhân (hay kê đơn), hay một nữ hộ sinh không ghi lại thông tin về tiến triển của sản phụ vì thiếu thời gian làm việc đó, là những ví dụ về vi phạm cần thiết. Một người cố ý làm việc gì đó mà họ biết là nguy hiểm hay có hại không nhất thiết phải có ý định gây hậu quả xấu, mà hiểu biết kém về nghĩa vụ chuyên môn và cơ sở hạ tầng yếu kém để quản lý các hành vi không chuyên nghiệp là mảnh đất màu mỡ cho hành vi trái quy định lan tràn.

Bằng cách áp dụng tư duy hệ thống để quản lý sai sót và trực trách, chúng ta có thể đảm bảo là mỗi khi xảy ra sự cố, chúng ta không tự động vội vã đổ lỗi cho những người liên quan gần nhất với sự cố đó. Áp dụng tư duy hệ thống chúng ta có thể xem xét toàn bộ hệ thống chăm sóc để tìm xem đã xảy ra chuyện gì chứ không phải là ai đã làm chuyện đó. Chỉ sau khi đã cân nhắc kỹ càng nhiều yếu tố liên quan tới một sự cố chúng ta mới có thể đánh giá liệu có ai đó phải chịu trách nhiệm hay không.



## Một mô hình an toàn bệnh nhân

Tính cấp thiết của vấn đề an toàn bệnh nhân đã được nêu ra từ hơn mười năm trước, khi Viện Y tế Hoa Kỳ triệu tập Hội nghị bàn tròn về Chất lượng y tế. Kể từ đó, những tranh cãi và thảo luận về an toàn bệnh nhân trên toàn thế giới đã có được thông tin về những bài học kinh nghiệm từ các ngành công nghiệp khác, việc áp dụng các phương pháp cải thiện chất lượng để đánh giá và cải thiện chất lượng chăm sóc bệnh nhân, và phát triển các công cụ và chiến lược để giảm thiểu sai sót và trực trách. Toàn bộ hiểu biết đó đã củng cố vị trí của các khoa học về an toàn bệnh nhân trong môi trường dịch vụ y tế. Sự cần thiết phải cải thiện chất lượng chăm sóc đã được WHO và các nước đại diện cho tổ chức này, cũng như đa số cán bộ y tế, công nhận.

An toàn bệnh nhân đã có thể xuất hiện như một ngành học riêng biệt là nhờ có các chuyên ngành khác, như tâm lý học nhận thức, tâm lý học tổ chức, khoa công trình và xã hội học. Việc áp dụng kiến thức từ những chuyên ngành đó đã dẫn đến sự phát triển của các khóa đào tạo sau đại học về chất lượng và an toàn và giáo dục an toàn bệnh nhân trong các chương trình đào tạo trước dạy nghề và chương trình dạy nghề cho sinh viên các chuyên ngành y.

Việc áp dụng các khái niệm và nguyên tắc an toàn bệnh nhân ở nơi làm việc không đòi hỏi nhân viên y tế phải có bằng cấp chính thức về chất lượng và an toàn. Đúng hơn, việc đó đòi hỏi họ phải áp dụng một loạt các kỹ năng và ý thức được các vấn đề an toàn bệnh nhân trong mọi tình huống, ý thức được là mọi chuyện có thể không suôn sẻ. Nhân viên y tế cần xây dựng thói quen chia sẻ kinh nghiệm về biến cố bất lợi. Ngày nay trọng tâm đã được chuyển sang kỹ năng làm việc nhóm hiệu quả, vì chúng ta biết nhiều hơn về vai trò của thông tin liên lạc chính xác và kịp thời trong đảm bảo an toàn bệnh nhân. Quá trình rèn luyện để trở thành một thành viên xuất sắc trong nhóm bắt đầu ở trường chuyên nghiệp. Học cách thay thế các vai trò và coi trọng ý kiến của người khác có ý nghĩa trung tâm đối với làm việc nhóm hiệu quả.

Những người đi đầu trong vấn đề an toàn bệnh nhân đã định nghĩa an toàn bệnh nhân như sau:

“Là môn học trong ngành y tế, áp dụng các phương pháp của khoa học an toàn nhằm hướng tới mục tiêu đạt được một hệ thống cung ứng chăm sóc sức khỏe đáng tin cậy. An toàn bệnh nhân cũng là một thuộc tính của các hệ thống y tế; nó giúp giảm thiểu tần suất và tác động của, và tăng tối đa khả năng hồi phục sau biến cố bất lợi.” [52].

Định nghĩa trên đưa ra phạm vi cho mô hình khái niệm về an toàn bệnh nhân. Emanuel và cộng sự [47] đã thiết kế một mô hình an toàn bệnh nhân đơn giản.

Mô hình đó chia các hệ thống y tế thành bốn lĩnh vực chính sau:

1. những người làm việc trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe;
2. những người được chăm sóc sức khỏe hoặc có quyền lợi từ sự hiện diện của hệ thống y tế;
3. cơ sở hạ tầng của các hệ thống can thiệp điều trị (các quy trình cung ứng chăm sóc y tế);
4. phương pháp để nhận phản hồi và cải thiện thường xuyên.

Mô hình này có chung đặc điểm với các mô hình thiết kế chất lượng khác [53], bao gồm hiểu về hệ thống y tế, nhận biết rằng hoạt động của các dịch vụ và hoạt động khác nhau không giống nhau, hiểu phương pháp cải thiện, bao gồm việc hiểu cách triển khai và đánh giá thay đổi, và hiểu được những con người làm việc trong hệ thống và các mối quan hệ giữa họ với với nhau và với tổ chức.

### Làm thế nào để áp dụng tư duy an toàn bệnh nhân vào hoạt động chăm sóc sức khỏe

Có nhiều cơ hội cho sinh viên kết hợp kiến thức an toàn bệnh nhân vào hoạt động lâm sàng và chuyên môn của họ.

#### Xây dựng quan hệ với bệnh nhân

Tất cả mọi người, trong đó có sinh viên các chuyên ngành y tế, đều cần liên hệ và giao tiếp với cá nhân từng người bệnh như với những người duy nhất có trải nghiệm riêng về bệnh tật hoặc tình trạng ốm đau của mình. Nếu chỉ áp dụng những kiến thức và kỹ năng học được không thôi không hẳn sẽ mang lại kết quả tốt nhất cho bệnh nhân. Sinh viên cũng cần trò chuyện với người bệnh để biết họ nghĩ như thế nào về bệnh tật hoặc tình trạng sức khỏe của mình và tác động của tình trạng đó đối với chính họ và gia đình. Chăm sóc an toàn và hiệu quả tùy thuộc vào việc bệnh nhân chịu nói về trải nghiệm bệnh tật của họ, hoàn cảnh xã hội, thái độ của họ đối với các nguy cơ liên quan, và những giá trị và mong muốn được điều trị của họ như thế nào.

Sinh viên và người hướng dẫn phải đảm bảo sao cho bệnh nhân hiểu rằng sinh viên chưa phải là nhân viên y tế đủ trình độ. Khi được giới thiệu với bệnh nhân hoặc gia đình họ, sinh viên cần luôn luôn được gọi là “sinh viên”. Quan trọng là không được mô tả sinh viên là “nha sĩ mới ra trường” hay “điều dưỡng mới ra trường”, “bác sĩ sinh viên”, “dược sĩ trẻ”, “trợ lý” hay “đồng nghiệp” vì làm như vậy sẽ khiến bệnh nhân nghĩ là sinh viên đó đủ trình độ chuyên môn. Trung thực có ý nghĩa quan trọng đối với an toàn bệnh nhân. Điều quan trọng là sinh viên nói dung về tình trạng của bệnh nhân với họ, ngay cả khi điều đó có nghĩa là sửa lại những gì giáo viên hoặc người hướng dẫn đã nói.

Đôi khi những người hướng dẫn giới thiệu sinh viên theo cách cố ý để tạo lòng tin vào sinh viên đó và vào bệnh nhân, mà không biết rằng họ đang nói quá khi làm như vậy. Vì lên tiếng sửa lại những gì người hướng dẫn vừa nói là việc rất khó làm, nên tốt nhất là cần tìm hiểu trước về cách người hướng dẫn thường giới thiệu sinh viên với bệnh nhân, đặc biệt nếu đó là lần đầu bạn làm việc với họ. Sinh viên cần giải thích rõ với bệnh nhân và gia đình họ là mình chỉ là sinh viên mà thôi.

### Hiểu về nhiều yếu tố dẫn đến trực trực

Sinh viên cần xem xét xa hơn sai sót hoặc trực trực y tế và hiểu rằng có thể có nhiều yếu tố liên quan tới biến cố bất lợi. Để làm được điều đó sinh viên cần hỏi về các yếu tố cơ bản và khuyến khích người khác nhìn nhận sai sót từ quan điểm hệ thống. Ví dụ họ có thể là người đầu tiên trong buổi họp hoặc thảo luận nhóm đặt câu hỏi về các nguyên nhân có thể dẫn đến sai sót, bằng cách dùng câu hỏi “đã xảy ra chuyện gì?”, chứ không hỏi “những ai liên quan?”. Năm câu hỏi “vì sao” (liên tục hỏi vì sao chuyện đó xảy ra khi được trả lời) là cách được sử dụng để hướng cuộc thảo luận về nguyên nhân tập trung vào hệ thống thay vì tập trung vào những người liên quan.

#### Bảng B.1.2. Năm câu hỏi “vì sao”

##### Năm câu hỏi “vì sao”

Trả lời: Điều dưỡng phát nhầm thuốc.

Vì sao lại phát nhầm thuốc?

Trả lời: vì cô ấy nghe nhầm tên thuốc mà bác sĩ kê.

Vì sao lại nghe nhầm?

Trả lời: vì bác sĩ mệt và vì lúc đó đã nửa đêm và điều dưỡng không muốn hỏi lại tên thuốc.

Vì sao lại không muốn hỏi lại?

Trả lời: vì cô ấy biết bác sĩ nóng tính và sẽ quát cô ấy.

Vì sao bác sĩ lại hay cáu ?

Trả lời: vì ông ấy quá mệt và đã mổ suốt 16 tiếng liền

Vì sao lại mổ liền 16 tiếng?

Vì...

### Tránh quy kết trách nhiệm khi xảy ra sai sót

Điều quan trọng là sinh viên ủng hộ lẫn nhau và ủng hộ đồng nghiệp từ các chuyên ngành y tế khác khi họ liên quan đến một biến cố bất lợi. Nếu sinh viên không có thái độ cởi mở về sai sót, thì họ sẽ có rất ít cơ hội rút kinh nghiệm từ những sai sót đó. Tuy nhiên sinh viên thường không được dự các cuộc họp thảo luận về biến cố bất lợi. Đồng thời ở một số trường, bệnh viện và phòng khám có thể không có những cuộc họp như vậy. Điều đó không hẳn có nghĩa là các nhà lâm sàng muốn che giấu sai sót của mình; mà có thể vì họ không quen với các chiến lược an toàn bệnh nhân để rút kinh nghiệm từ những sai sót đó. Cũng có thể họ có những e sợ về y tế - luật pháp và lo lắng về khả năng có sự can thiệp của các cấp quản lý. May mắn là khi các khái niệm an toàn bệnh nhân được biết đến một cách rộng rãi và thảo luận trong ngành y tế, ngày càng có nhiều cơ hội để xem xét lại công tác y tế và nhấn mạnh sự cần thiết phải có cải thiện để giảm thiểu sai sót. Sinh viên có thể hỏi người giám sát/hướng dẫn mình xem tổ chức có các buổi họp hay diễn đàn bình duyệt khác, như các cuộc họp về tỷ lệ mắc và tử vong trong đó có đánh giá về biến cố bất lợi. Cho dù mức độ đào tạo và giáo dục của họ như thế nào đi nữa, sinh viên cần phải hiểu được tầm quan trọng của việc phải báo cáo về sai sót của mình cho người giám sát/hướng dẫn.

### Thực hành chăm sóc dựa vào bằng chứng

Sinh viên cần học cách áp dụng thực hành dựa vào bằng chứng. Họ cần ý thức được vai trò của các hướng dẫn và hiểu việc phải tuân thủ những hướng dẫn đó quan trọng như thế nào. Khi sinh viên đi thực tập ở môi trường lâm sàng, họ cần tìm kiếm thông tin về những hướng dẫn và thủ tục thông thường được áp dụng. Những hướng dẫn và thủ tục đó cần phải dựa trên bằng chứng nếu có thể.

### Duy trì chăm sóc liên tục cho bệnh nhân

Hệ thống y tế được cấu thành từ nhiều thành phần liên hệ qua lại với nhau để cung cấp chăm sóc liên tục cho bệnh nhân và gia đình họ. Hiểu về quá trình chăm sóc mà người bệnh trải qua trong hệ thống y tế là việc cần thiết để hiểu về cách hệ mà hệ thống có thể thất bại. Những thông tin quan trọng có thể bị thất lạc, lỗi thời hoặc không chính xác. Điều đó có thể dẫn đến hậu quả chăm sóc không chu đáo hoặc sai sót. Chuỗi chăm sóc liên tục sẽ bị gián đoạn, khiến kết quả chăm sóc bệnh nhân dễ bị ảnh hưởng.

### Ý thức về tầm quan trọng của việc tự chăm sóc

Sinh viên cần có trách nhiệm đối với sức khỏe của chính mình và của bạn học và đồng nghiệp. Họ cần được khuyến khích có bác sĩ riêng và ý thức về tình trạng sức khỏe của mình. Nếu có sinh viên nào gặp khó khăn (bệnh tâm thần hoặc suy giảm sức khỏe vì ma

túy hoặc rượu) sinh viên đó cần được khuyến khích đi khám và điều trị.

### Hành động hàng ngày hợp với y đức

Học để trở thành một nhân viên y tế giỏi đòi hỏi phải quan sát cách làm việc của các nhân viên y tế có kinh nghiệm và uy tín, cũng như quan sát kinh nghiệm thực hành lâm sàng trên bệnh nhân. Một trong những đặc quyền của sinh viên là có cơ hội học tập bằng cách điều trị cho bệnh nhân thật. Đa số bệnh nhân hiểu rằng sinh viên phải học và rằng tương lai của ngành y tế tùy thuộc vào công tác đào tạo. Thế nhưng một điều quan trọng khác là sinh viên phải nhớ rằng cơ hội để hỏi chuyện, khám và điều trị cho bệnh nhân là một đặc quyền do mỗi bệnh nhân cho phép. Trong phần lớn các tình huống, sinh viên không thể khám cho bệnh nhân nếu không được họ chấp thuận. Sinh viên phải luôn xin phép mỗi bệnh nhân trước khi chạm vào họ hoặc hỏi han thông tin cá nhân của họ. Sinh viên cũng cần nhận thức được rằng bệnh nhân có thể rút lại đặc quyền đó bất cứ lúc nào vào yêu cầu sinh viên dừng việc thăm khám lại.

Thậm chí cả ở phòng khám thực hành, việc người hướng dẫn lâm sàng nói cho bệnh nhân biết rằng sự hợp tác của họ trong hoạt động đào tạo là hoàn toàn tự nguyện cũng rất quan trọng. Người hướng dẫn lâm sàng và sinh viên phải được sự đồng ý của bệnh nhân trước khi sinh viên bắt đầu hỏi han hay khám cho họ. Khi yêu cầu bệnh nhân cho phép sinh viên khám bệnh cho mình, cần noi cho họ biết cuộc khám bệnh đó chủ yếu là cho mục đích dạy học. Một ví dụ về cách dùng từ để đưa ra yêu cầu đó là “Ông/bà có đồng ý để cho sinh viên này hỏi ông bà về tình hình bệnh tật và/hoặc khám cho ông bà để em ấy có thể biết được nhiều hơn về tình trạng sức khỏe của ông/ bà hay không?”

Điều quan trọng là tất cả bệnh nhân phải hiểu rằng sự tham gia của họ là tự nguyện và quyết định không tham gia cũng sẽ không ảnh hưởng đến việc điều trị cho họ. Trong phần lớn các hoạt động học tập, bệnh nhân đồng ý bằng miệng là đủ, song cũng có những lúc yêu cầu phải được chấp thuận bằng văn bản. Sinh viên cần tìm hiểu trước nếu họ chưa rõ về yêu cầu về sự chấp thuận của bệnh nhân.

Cần đặc biệt cẩn thận khi hoạt động dạy học có sự tham gia của bệnh nhân, vì lợi ích của bệnh nhân sẽ chỉ là phụ so với nhu cầu đào tạo cho sinh viên. Chăm sóc và điều trị cho bệnh nhân thường không phụ thuộc vào sự tham gia của sinh viên.

Những hướng dẫn rõ ràng cho cán bộ y tế tham gia giảng dạy và sinh viên sẽ đảm bảo mọi người đều được bảo vệ. Trong trường hợp không có hướng dẫn, thì sẽ tốt hơn khi yêu cầu khoa đào tạo xây dựng chính sách về quan hệ giữa sinh viên và bệnh nhân mà họ được phép điều trị.



Hướng dẫn được thiết kế đúng cách sẽ giúp bảo vệ bệnh nhân, củng cố tiêu chuẩn y đức cao và giúp mọi người tránh hiểu nhầm.

Đa số các cơ sở đào tạo cán bộ các chuyên ngành y đều nhận thức được vấn đề “chương trình đào tạo tiềm ẩn” trong đào tạo ngành y. Nhiều nghiên cứu cho thấy sinh viên khi đi thực tập lâm sàng cảm thấy áp lực phải hành động không đúng với y đức [54] và họ nói rằng những tình huống đó rất khó giải quyết. Tất cả sinh viên và cán bộ đào tạo đều có thể phải đối mặt với những vấn đề y đức nan giải tương tự như vậy. Chỉ trong một vài trường hợp hiếm hoi khi thầy thuốc hướng dẫn lâm sàng cho sinh viên hướng dẫn họ tham gia quản lý bệnh nhân theo cách mà bệnh nhân thấy là không hợp với y đức hay làm cho họ hiểu nhầm, giảng viên cần phải giải quyết vấn đề đó. Nhiều sinh viên có thể không đủ tự tin để nêu những vấn đề như vậy với người hướng dẫn cho mình và thường không dám chắc nên hành động thế nào. Nếu vấn đề này trong khi giảng dạy về an toàn bệnh nhân là điều rất cần thiết. Tình trạng nhầm lẫn về vai trò này có thể khiến sinh viên cảm thấy bị áp lực và có thể có tác động xấu tới tinh thần và sự phát triển kỹ năng làm việc chuyên nghiệp của sinh viên. Việc đó cũng đặt bệnh nhân trước rủi ro. Học cách báo cáo những quan ngại về thực hành chăm sóc không an toàn hoặc không hợp y đức là cơ sở của an toàn bệnh nhân và có liên quan tới năng lực hỗ trợ công tác báo cáo của hệ thống.

Sinh viên cần ý thức được nghĩa vụ pháp lý và đạo đức của mình là phải đặt quyền lợi bệnh nhân lên trên hết [12]. Điều này có nghĩa là có thể phải từ chối không làm theo hướng dẫn hoặc chỉ báo không phù hợp. Cách tốt nhất để giải quyết một xung đột như vậy (hay ít nhất là có được một quan điểm khác) là sinh viên phải trao đổi riêng với nhân viên y tế đó hoặc với người có trách nhiệm liên quan. Không nên để bệnh nhân tham gia cuộc trao đổi đó. Sinh viên cần giải thích vấn đề và nói vì sao mình không thể tuân theo chỉ dẫn hay hướng dẫn. Nếu nhân viên lâm sàng hay người có trách nhiệm phớt lờ vấn đề nêu ra và tiếp tục yêu cầu sinh viên làm theo chỉ dẫn, thì cần cẩn thận cân nhắc xem có nên tiếp tục thực hiện hay rút lui khỏi tình huống đó. Nếu quyết định tiếp tục thực hiện hướng dẫn, thì trước hết phải có được sự chấp thuận của bệnh nhân. Nếu bệnh nhân không đồng ý, sinh viên không được tiếp tục làm theo chỉ dẫn.

Nếu một bệnh nhân đang được gây mê hay gây tê và người hướng dẫn yêu cầu một sinh viên y khoa hay sinh viên điều dưỡng khám cho bệnh nhân đó, sinh viên cần giải thích vì sao mình không thể thực hiện được yêu cầu nếu trước đó chưa có sự chấp thuận của bệnh nhân

Trong những tình huống như vậy có thể sẽ thích hợp nếu thảo luận về tình huống với một người khác trong khoa hay phòng khám. Nếu sinh viên không chắc chắn về tính đúng đắn của hành vi đó hoặc của một người nào khác tham gia chăm sóc bệnh nhân, họ nên thảo luận vấn đề với một thành viên có uy tín trong khoa.

Tất cả những sinh viên cảm thấy mình bị đối xử bất công vì từ chối không làm một việc có thể là sai cần xin những thầy thuốc hướng dẫn chính của mình tư vấn.

## Công nhận vai trò của an toàn bệnh nhân trong cung ứng chăm sóc y tế an toàn



Mỗi chương trình đào tạo định thời điểm cho một sinh viên bước vào môi trường lâm sàng hay nơi làm việc một cách khác nhau. Trước khi tham gia môi trường lâm sàng, sinh viên cần đặt câu hỏi về các thành phần khác hiện có để phục vụ người bệnh của hệ thống y tế và hỏi thông tin về các quy trình hiện hành để phát hiện biến cố bất lợi.

*Đặt câu hỏi về các thành phần khác hiện có để phục vụ người bệnh của hệ thống y tế.*

Thành công của việc chăm sóc và điều trị cho một bệnh nhân phụ thuộc vào hiểu biết về toàn bộ hệ thống hiện có để phục vụ điều trị cho bệnh nhân cụ thể đó. Nếu bệnh nhân đến từ một vùng chưa có thiết bị làm lạnh, thì việc cho bệnh nhân về nhà điều trị và cấp cho họ thuốc insulin cần phải giữ trong tủ bảo ôn sẽ không giúp được họ. Nhận thức về hệ thống (Chủ đề 3) sẽ giúp sinh viên hiểu được các thành phần khác nhau của hệ thống y tế được liên kết như thế nào và việc chăm sóc liên tục cho bệnh nhân phụ thuộc vào việc mọi thành phần của hệ thống thông tin liên lạc với nhau một cách hiệu quả và kịp thời.



*Hỏi thông tin về các quy trình hiện hành để phát hiện biến cố bất lợi.*

Phần lớn các bệnh viện và phòng khám đều có hệ thống báo cáo để phát hiện biến cố bất lợi. Điều quan trọng là sinh viên ý thức được về những sự cố đó và hiểu cách phòng khám quản lý chúng như thế nào. Nếu cơ sở y tế không có yêu cầu về báo cáo, sinh viên có thể hỏi những người phù hợp xem những sự kiện như vậy được xử trí thế nào. Ít nhất thì làm như vậy cũng tạo được chút quan tâm tới chủ đề an toàn bệnh nhân (Báo cáo và quản lý sự cố được đề cập trong các Chủ đề 3, 4 và 6).



## Chiến lược và hình thức dạy học

Những số liệu phổ biến dùng trong chủ đề này đã được xuất bản trong các tài liệu đã được công bố và thu thập từ một số nước. Một số giáo viên có thể muốn dùng số liệu của nước mình để dạy về an toàn bệnh nhân. Nếu không có sẵn những số liệu đó trong các tài liệu đã được công bố, có thể tìm một số số liệu phù hợp trong các cơ sở số liệu của cơ quan y tế địa phương. Ví dụ có nhiều công cụ kích hoạt miễn phí trên mạng toàn cầu để đo tần suất biến cố bất lợi, được thiết kế để giúp cán bộ y tế tính tỷ lệ biến cố bất lợi của mình. Nếu không có những biện pháp chung như vậy để tính biến cố bất lợi của một nước hay cơ sở y tế, giáo viên có thể tìm số liệu trong một lĩnh vực y tế, ví dụ tỷ lệ nhiễm khuẩn. Có thể có số liệu về tỷ lệ mắc bệnh truyền nhiễm ở một quốc gia nhất định và có thể dùng số liệu đó để minh chứng mức độ lây lan của những bệnh truyền nhiễm có thể phòng tránh được. Cũng có thể có những tài liệu đã công bố về biến cố bất lợi liên quan đến chuyên ngành của bạn, và dùng những số liệu đó để giảng dạy là rất phù hợp.

Chủ đề này có thể được chia thành nhiều phần để đưa vào chương trình giảng dạy hiện có. Có thể dạy chủ đề này trong nhóm nhỏ hay trong bài giảng lý thuyết. Nếu chủ đề được dạy như bài giảng lý thuyết, thì những trang hình chiếu ở cuối phần về chủ đề này có thể có ích để giới thiệu thông tin.

Phần A của Tài liệu Hướng dẫn Chương trình giảng dạy này đã giới thiệu một loạt phương pháp dạy môn an toàn bệnh nhân, vì dạy bằng bài giảng không phải lúc nào cũng là cách tiếp cận tốt nhất.



### Thảo luận nhóm nhỏ

Giáo viên có thể muốn sử dụng một trong những hoạt động liệt kê dưới đây để khuyến khích thảo luận về an toàn bệnh nhân. Một cách tiếp cận khác là yêu cầu một hoặc nhiều sinh viên chuẩn bị một seminar về chủ đề an toàn bệnh nhân, sử dụng những thông tin trong chủ đề này. Sau đó các sinh viên có thể điều khiển thảo luận về những lĩnh vực được đề cập trong chủ đề. Sinh viên có thể thảo luận theo những đề mục dưới đây và sử dụng bất kỳ hoạt động nào trong những hoạt động liệt kê dưới đây để trình bày tài liệu. Giảng viên hoặc trợ giảng hỗ trợ buổi học này cần biết trước về nội dung, để có thể bổ sung thêm thông tin về hệ thống y tế và môi trường lâm sàng địa phương.

Sau đây là các phương pháp để dạy về tổn hại do các biến cố y tế bất lợi và trực trực hệ thống gây ra:

- sử dụng ví dụ từ các phương tiện thông tin đại chúng (báo đài, truyền hình);
- sử dụng các ca bệnh lấy từ bệnh viện hoặc phòng khám của bạn, nhưng đã loại bỏ mọi thông tin nhận dạng, làm ví dụ;

- sử dụng nghiên cứu tình huống để lập lưu đồ về quá trình điều trị của bệnh nhân;
- sử dụng nghiên cứu tình huống để động não về tất cả những trục trặc xảy ra và thời điểm thực hiện một hành động nào đó có thể ngăn chặn được hậu quả bất lợi;
- mời một bệnh nhân đã từng chịu biến cố bất lợi nói chuyện với sinh viên.

Sau đây là các phương pháp dạy về sự khác biệt giữa trực trực hệ thống, hành vi vi phạm và sai sót:

- sử dụng nghiên cứu tình huống để phân tích các cách khác nhau để quản lý một biến cố bất lợi;
- cho sinh viên tham gia hoặc quan sát phân tích nguyên nhân sâu xa dẫn đến sai sót;
- cho sinh viên mô tả hậu quả của việc không áp dụng cách tiếp cận nhóm đa ngành.

### Bài giảng lý thuyết /tương tác



Mời một chuyên gia y tế lâu năm và uy tín của trường hay trong nước đến nói chuyện về sai sót trong cơ sở y tế. Nếu không mời được người như vậy, thì dùng băng ghi hình buổi nói chuyện của một thầy thuốc có uy tín về sai sót và cách thức sai sót có thể xảy ra với mọi bệnh nhân trong hệ thống y tế. Trên Internet có các đoạn băng ghi hình phát biểu của những nhà nghiên cứu hàng đầu về an toàn bệnh nhân. Được nghe nói chuyện về sai sót và sai sót ảnh hưởng thế nào tới bệnh nhân và nhân viên y tế là cách giới thiệu vấn đề an toàn bệnh nhân vô cùng hiệu quả. Có thể khuyến khích sinh viên bày tỏ suy nghĩ về phần trình bày đó. Sau đó giảng viên có thể lần lượt giới thiệu các thông tin trong chủ đề này để cho sinh viên thấy việc quan tâm đến vấn đề an toàn bệnh nhân có ý nghĩa quan trọng đối với thực hành lâm sàng an toàn như thế nào và vì sao.

Có thể sử dụng các trang hình chiếu PowerPoint hay máy chiếu. Hãy mở đầu buổi dạy bằng một nghiên cứu tình huống và yêu cầu sinh viên xác định một vài vấn đề thể hiện trong kịch bản. Sử dụng các trang hình chiếu đi kèm ở cuối phần về chủ đề này làm hướng dẫn.

Dưới đây là những cách khác để thực hiện các buổi dạy khác về chủ đề này.

*Những bài học về sai sót và trực trực hệ thống từ các ngành công nghiệp khác*

- Mời một chuyên gia từ một chuyên ngành khác, như công trình hoặc tâm lý học, đến nói chuyện về trực trực hệ thống, văn hóa an toàn và vai trò của báo cáo sai sót.
- Mời một người từ ngành công nghiệp hàng không đến nói chuyện về phương pháp đáp ứng với sai sót của con người mà ngành đó áp dụng.

*Lịch sử của môn an toàn bệnh nhân và nguồn gốc của văn hóa đổ lỗi*

- Mời một thầy thuốc lâm sàng có uy tín và kinh nghiệm đến nói chuyện về thiệt hại do văn hóa đổ lỗi gây ra.
- Mời một cán bộ quản lý chất lượng và an toàn đến nói chuyện về hệ thống hiện hành để giảm thiểu sai sót và quản lý biến cố bất lợi.

### Mô phỏng



Có thể xây dựng nhiều kịch bản khác nhau về biến cố bất lợi và sự cần thiết phải báo cáo và phân tích sai sót. Trong mỗi kịch bản hãy yêu cầu sinh viên xác định xem hệ thống trực trực ở chỗ nào, vấn đề đã có thể được ngăn chặn ra sao và các bước cần phải được thực hiện nếu có sai sót tương tự xảy ra trong tương lai.

### Các hoạt động dạy và học khác

Có rất nhiều cơ hội cho sinh viên học về an toàn bệnh nhân. Dưới đây là ví dụ về các hoạt động mà sinh viên có thể thực hiện, một mình hoặc theo cặp:

- Theo một bệnh nhân trong suốt quá trình điều trị/chăm sóc của dịch vụ y tế;
- Dành một ngày đi theo quan sát một nhân viên của một chuyên ngành y tế khác làm việc và xác định vai trò và chức năng chính của chuyên ngành đó;
- Thường xuyên tìm thông tin về bệnh tật hay tình trạng sức khỏe theo cách nhìn của bệnh nhân khi tương tác với họ;
- Hỏi xem nhà trường hoặc dịch vụ y tế có các quy trình hoặc nhóm điều tra và báo cáo biến cố bất lợi không. Nếu có thể làm được thì hãy yêu cầu sinh viên xin phép người hướng dẫn thích hợp để quan sát hoặc tham gia những hoạt động đó;
- Tìm xem trường bạn học có tổ chức các buổi họp về tỷ lệ mắc bệnh và tử vong hay các diễn đàn bình duyệt khác có bàn về biến cố bất lợi và/hoặc các cuộc họp về cải thiện chất lượng không;
- Sinh viên thảo luận về các sai sót lâm sàng mà họ được chứng kiến một cách khách quan, không đổ lỗi cho ai cả;
- Tìm hiểu về quy trình thủ tục chính mà nhân viên của phòng khám mà sinh viên đến thực tập sử dụng. Sinh viên cần hỏi xem hướng dẫn đó được xây dựng như thế nào, làm thế nào mà các nhân viên khác biết về hướng dẫn đó, sử dụng như thế nào và khi nào có thể làm khác với hướng dẫn.

### Nghiên cứu tình huống

Câu chuyện của Caroline được kể khi bắt đầu dạy chủ đề này. Câu chuyện đó minh họa tầm quan trọng của chăm sóc liên tục và cách một hệ thống y tế có thể mắc lỗi nghiêm trọng.

Từ khi sinh con cho đến khi cô mất 25 ngày sau đó, Caroline đã được đưa đến 4 bệnh viện khác nhau và do đó cần đảm bảo tính liên tục đầy đủ của việc chăm sóc cho cô khi trách nhiệm chăm sóc được chuyển giao từ nhóm bác sĩ và điều dưỡng này sang nhóm khác. Việc không có ghi chép đầy đủ kèm theo các chẩn đoán tạm thời/phân biệt và điều tra và không có tóm tắt bệnh án khi cho bệnh nhân ra viện và chuyển viện đã dẫn đến hậu quả chậm trễ trong chẩn đoán tình trạng áp xe có thể đe dọa đến tính mạng và cuối cùng là cái chết của Caroline.

Yêu cầu sinh viên đọc về ca bệnh và xác định một số yếu tố cơ bản có thể hiện diện trong quá trình chăm sóc và điều trị cho bệnh nhân đó.

### Áp lực của sinh viên nha khoa

*Tình huống sau cho thấy một chuỗi các sự kiện có thể dẫn đến tổn thương không cố ý như thế nào. Trong tình huống này, một số lỗ sâu răng phải hàn, khoảng cách gần giữa lỗ sâu răng với tủy răng, và việc nhân viên y tế bỏ lỡ nhiều cơ hội để kiểm tra huyết áp của bệnh nhân, tất cả góp phần dẫn đến biến cố bất lợi.*

Peter, bệnh nhân nam 63 tuổi có tiền sử huyết áp cao và đau tim, được hẹn để hàn một số lỗ sâu răng. Buổi sáng ngày ông có hẹn làm răng ở phòng khám nha khoa ông đã uống thuốc hạ huyết áp và thuốc chống đông máu.

Tại phòng khám nha khoa, sinh viên nha khoa chào hỏi Peter và bắt đầu hàn răng cho ông. Sinh viên nha khoa đó xin phép nha sĩ hướng dẫn để tiêm thuốc gây tê cho Peter, nhưng không kiểm tra sinh hiệu trước khi tiêm thuốc gây tê. Sinh viên tiêm cho ông Peter 2 ống thuốc tê chứa 2% lidocain và 1: 100 000 epinephrine và bắt đầu hàn lỗ sâu ở hai răng hàm trên. Những lỗ sâu ở một trong hai răng đó rất sát với tủy răng. Sinh viên này tiêm cho Peter thêm một ống thuốc tê nữa trước khi nghỉ ăn trưa.

Chiều hôm đó ông Peter quay lại phòng khám để hàn nốt những lỗ sâu khác. Người sinh viên nha khoa lại xin phép nha sĩ hướng dẫn để tiêm thuốc gây tê hàm dưới, và vẫn không kiểm tra sinh hiệu của bệnh nhân trước khi tiêm. Như vậy là bệnh nhân đã được tiêm tổng số 5 ống thuốc gây tê (mỗi ống 1.8 mL) với tổng số 180 mg lidocaine và 0.09 mg epinephrine trong vòng 6 giờ. Đến 3h chiều, Peter bắt đầu cảm thấy khó chịu, mặt đỏ bừng và vã mồ hôi. Huyết áp của ông là 240/140 và nhịp tim là 88. Người sinh viên liên lạc với người hướng dẫn và họ gọi xe cấp cứu. Xe cấp cứu tới và Peter được chuyển tới khoa cấp cứu của bệnh viện gần nhất để điều trị tăng huyết áp khẩn cấp.

#### Câu hỏi

- Có những yếu tố nào có thể đã góp phần khiến cho sinh viên nha khoa không kiểm tra sinh hiệu của bệnh nhân?
- Người sinh viên đó có nói với nha sĩ hướng dẫn về tiền sử sức khỏe của ông Peter không? Có phải việc bỏ qua không kiểm tra sinh hiệu của bệnh nhân đã trở thành chuyện bình thường ở phòng khám nha khoa đó không?
- Cần phải có những hệ thống nào để ngăn chặn loại sự cố như vậy trong tương lai?

Nguồn: Tình huống do Shan Ellahi, Cố vấn An toàn bệnh nhân, Dịch vụ Cộng đồng Ealing và Harrow, Dịch vụ Y tế quốc gia, London, Vương quốc Anh, cung cấp.

## An toàn bệnh nhân trong tình huống phòng hộ sinh

Tình huống này đề cập đến hiện trạng thực hành và hậu quả của việc bỏ qua các kết quả quan trọng.

Mary đang mang thai ở tuần thứ 26 và vừa bắt đầu tham gia lớp học tiền sản. Cô đang uống viên bổ sung sắt vì hơi bị thiếu máu, và vì thế nên thỉnh thoảng bị táo bón. Chứng táo bón được giải quyết khi Mary thay đổi chế độ ăn. Trong thời gian mang thai cô cũng nhiều lần bị nhiễm trùng âm đạo, nhưng không nghiêm trọng.

Khi bắt đầu sang tuần thứ 27, các cơn co thắt bụng của Mary càng tệ, nên cô gọi điện cho nữ hộ sinh. Người nữ hộ sinh khám âm đạo cho cô và nói rằng cổ tử cung có độ dày trung bình, ở vị trí giữa, đóng và dài 1 cm, song người nữ hộ sinh không hỏi thêm gì ngoài câu hỏi cô bị co thắt bụng đã lâu chưa. Cô ấy chẩn đoán và báo Mary rằng cô đang bị các cơn gò Braxton-Hicks. Người nữ hộ sinh hẹn Mary hai hôm sau quay lại khám.

Khi đến khám hai hôm sau đó, Mary nói các cơn co thắt bụng đã chấm dứt, nhưng cô bị chảy máu một chút và cảm thấy rất mệt. Người nữ hộ sinh báo Mary là chuyện ra máu chút ít sau khi khám thai dưới âm đạo là bình thường, và cô nên nghỉ ngơi nhiều hơn.

Bốn ngày sau lần thăm khám cuối cùng, Mary nhận thấy cô bị xuất tiết âm đạo nhiều hơn. Cô có những cơn co thắt và vì thế cô gọi điện cho nữ hộ sinh của mình. Người nữ hộ sinh một lần nữa trấn an Mary rằng các cơn co thắt là do táo bón và giải thích rằng hiện tượng tăng xuất tiết âm đạo là bình thường khi mang thai. Vài giờ sau, Mary có những cơn co thắt từ cung mạnh hơn, đều hơn và cô được đưa tới bệnh viện sản để sinh non, và sinh một bé gái non tháng.

12 giờ sau khi sinh, bé gái được chẩn đoán bị viêm phổi. Nguyên nhân viêm phổi là do vi khuẩn *Streptococcus agalactiae* (*Streptococcus* nhóm B), được chẩn đoán từ mẫu dịch tiết âm đạo lấy bằng gạc trước khi sinh, khi sản phụ nhập viện.

### Câu hỏi

- Có thể có những yếu tố nào góp phần dẫn đến việc nữ hộ sinh viên luôn khẳng định chẩn đoán ban đầu của mình?
- Những yếu tố hệ thống tiềm ẩn nào có thể có liên quan tới việc Mary sinh con thiếu tháng và bé bị viêm phổi?

Nguồn: Tình huống do Teja Zaksek, Giảng viên chính, Phụ trách giảng dạy, Chuyên ngành Hộ sinh, Khoa Y Đại học Ljubljana, Ljubljana, Slovenia, cung cấp.

## Công cụ và tài liệu học tập



Finkelman A, Kenner C. *Teaching IOM: implementing Institute of Medicine reports in nursing education*, 2nd ed. Silver Spring, MD, American Nurses Association, 2009.

Reason JT. *Human error*. New York, Cambridge University Press, 1999.

Reason JT. *Managing the risks of organizational accidents*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 1997.

Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health care: A guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.

Vincent C. *Patient safety*. Edinburgh, Elsevier Churchill Livingstone, 2006.

Emanuel L et al. What exactly is patient safety? In: Henriksen K, Battles JB, Keyes M A, Grady ML, eds. *Advances in patient safety: new directions and alternative approaches*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2008:19-35.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999 (<http://psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=1579>; accessed 21 February 2011).

*Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 2001.

## Kiểm tra đánh giá chủ đề này

Có nhiều phương pháp kiểm tra đánh giá phù hợp cho chủ đề này, gồm đề tiêu luận, câu hỏi trắc nghiệm (MCQ), câu hỏi yêu cầu câu trả lời ngắn (BAQ), thảo luận ca bệnh (CBD), và tự đánh giá. Cũng có thể đánh giá qua nhật ký. Hãy khuyến khích sinh viên xây dựng cách tiếp cận qua hồ sơ portfolio để học tập về an toàn bệnh nhân. Ích lợi của cách tiếp cận qua hồ sơ là ở chỗ đến cuối chương trình đào tạo sinh viên sẽ có một tập hợp các hoạt động an toàn bệnh nhân mà họ có thể đưa vào hồ sơ xin việc và sử dụng trong nghề nghiệp tương lai của mình.



Việc đánh giá kiến thức về tổn hại tiềm tàng đối với người bệnh, những bài học kinh nghiệm từ các ngành công nghiệp khác, các hành vi vi phạm và cách tiếp cận không đổ lỗi, và các mô hình đề tư duy về an toàn bệnh nhân có thể được đánh giá bằng những phương pháp sau:

- Portfolio (hồ sơ)
- Thảo luận ca bệnh (CBD)
- Thi lâm sàng theo cấu trúc khách quan (OSCE)
- Tình huống
- Viết nhận xét về hệ thống y tế và tiềm năng xảy ra sai sót (nói chung).

Cũng có thể yêu cầu sinh viên viết suy nghĩ của mình về các chủ đề, ví dụ:

- Tác hại của biến cố bất lợi đối với niềm tin của bệnh nhân vào chăm sóc y tế;
- Đáp ứng của cộng đồng đối với những câu chuyện trên phương tiện thông tin đại chúng về thương tổn của bệnh nhân và sự sao nhãng của nhân viên y tế;
- Vai trò của nhân viên y tế trong việc hướng dẫn, chỉ bảo cho sinh viên và vai trò của bệnh nhân trong hệ thống y tế.

Có thể thực hiện đánh giá quá trình hoặc đánh giá tổng kết; có thể xếp loại đạt/ không đạt hoặc cho điểm. Hãy đọc lại phần viết về các hình thức đánh giá phù hợp cho các chủ đề an toàn bệnh nhân trong Phần Hướng dẫn cho giáo viên (Phần A). Trong Phụ lục 2, Phần B cũng có ví dụ về một số phương pháp đánh giá đó.

### Đánh giá kết quả giảng dạy chủ đề này

Đánh giá có ý nghĩa quan trọng để rà soát xem một buổi dạy đã được thực hiện thế nào và có thể cải thiện kết quả dạy ra sao. Mời đọc tóm tắt các nguyên tắc đánh giá quan trọng trong Phần Hướng dẫn cho giáo viên (Phần A).

#### Tài liệu tham khảo

1. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care, *The burden of Health care-associated infection*, 2009; 6-7.
2. World Health Organization Fact sheet NÆ275: Substandard and counterfeit medicines, 2003.
3. Issakov A, *Health care equipment: a WHO perspective*. In van Grutting CWG ed. Medical devices: International perspectives on health and safety. Elsevier, 1994.
4. Schultz DS, Rafferty MP, *Soviet health care and Perestroika*, American journal of Public Health, 1990, Feb; 80(2):193-197.
5. Steel K, Gertman PM, Crescenzi C, Anderson J. Iatrogenic illness on a general medical practice service at a university hospital. *New England Journal of Medicine*, 1981, 304:638-642.
6. Schimmel E. The hazards of hospitalization. *Annals of Internal Medicine*, 1964, 60:10-110.
7. United States Congress House Sub-Committee on Oversight and Investigation. *Cost and quality of health care: unnecessary surgery*. Washington, DC, United States Government Printing Office, 1976.
8. Barr D. Hazards of modern diagnosis and therapy – the price we pay. *Journal of American Medical Association*, 1956, 159:1452-1456.
9. Couch NP et al. The high cost of low-frequency events: the anatomy and economics of surgical mishaps. *New England Journal of Medicine*, 1981, 304:634-637.
10. Friedman M. Iatrogenic disease: Addressing a growing epidemic. *Postgraduate Medicine*, 1982, 71:123-129.
11. Dubois R, Brook R. Preventable deaths: who, how often, and why? *Annals of Internal Medicine*, 1988, 109:582-589.
12. McLamb J, Huntley R. The hazards of hospitalization. *Southern Medical Association Journal*, 1967, 60:469-472.
13. Bedell S et al. Incidence and characteristics of preventable iatrogenic cardiac arrests. *Journal of the American Medical Association*, 1991, 265:2815-2820.
14. Leape L et al. Preventing medical injury. *Quality Review Bulletin*, 1993, 8:144-149.
15. Bates DW et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events: implications for prevention. *Journal of the American Medical Association*, 1995, 274:29-34.
16. Weingart SN et al. Epidemiology of medical error. *British Medical Journal*, 2000, 320:774-777.
17. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.
18. Expert group on learning from adverse events in the NHS. *An organisation with a memory*. London, Department of Health, London, United Kingdom, 2000.
19. World Health Organization, Executive Board 109th session, provisional agenda item 3.4, 5 December 2001, EB 109/9.
20. Davis P et al. *Adverse events in New Zealand public hospitals: principal findings from a national survey*. Occasional Paper 3. Wellington, New Zealand Ministry of Health, 2001.
21. Brennan TA et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *New England Journal of Medicine*, 1991, 324:270-276.
22. Wilson RM et al. The Quality in Australian Health Care Study. *Medical Journal of Australia*, 1995, 163:458-471.

23. Baker GR et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal* 2004, 170:1678–1686.
24. Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health care: a guide to getting it right*, 1st ed. London, Ashgate Publishers Ltd, 2007.
25. Andrews LB et al. An alternative strategy for studying adverse events in medical care. *Lancet*, 1997, 349:309–313.
26. Runciman W. *Iatrogenic injury in Australia: a report prepared by the Australian Patient Safety Foundation*. Adelaide, Australian Patient Safety Foundation, 2001 (<http://www.apsf.net.au/>; accessed 23 February 2011).
27. Eisenberg JM. *Statement on medical errors*. Before the Senate Appropriations Subcommittee on Labor, Health and Human Services and Education. Washington, DC, 13 December, 1999.
28. Thomas E, Brennan T. Errors and adverse events in medicine: an overview. In: Vincent C, ed. *Clinical risk management: enhancing patient safety*. London, BMJ Books, 2002.
29. Haywood R, Hofer T. Estimating hospital deaths due to medical errors: preventability is in the eye of the reviewer. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 286:415–420.
30. Thomas E, Studdert D, Brennan T. The reliability of medical record review for estimating adverse event rates. *Annals of Internal Medicine*, 2002, 136:812–816.
31. McDonald C, Weiner M, Sui H. Deaths due to medical errors are exaggerated in Institute of Medicine report. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 284:93–95.
32. Turner BA. The organizational and inter-organizational development of disasters. *Administrative Science Quarterly*, 1976, 21:378–397.
33. Turner BA. *Man-made disasters* London, Wykeham Science Press, 1978.
34. Reason J. The contribution of latent human failures to the breakdown of complex systems. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B Biological Sciences*, 1990, 327:475–484.
35. Reason JT. *Human error*. New York, Cambridge University Press, 1999.
36. Pidgeon N. *Safety culture: transferring theory and evidence from major hazards industries*. Department of Transport Behavioural Research in Road Safety, 10th Seminar, London, 2001.
37. International Atomic Energy Agency. *The Chernobyl accident: updating of INSAG1*. INSAG7: International Nuclear Safety Group (INSAG), 1992:24.
38. Vaughan D. *The Challenger launch decision: risky technology, culture and deviance at NASA*. Chicago, University of Chicago Press, 1996.
39. Reason JT. Human error: models and management. *British Medical Journal*, 2000, 320:768–770.
40. Reason JT. *Managing the risks of organisational accidents*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 1997.
41. Coombes ID et al. Why do interns make prescribing errors? A qualitative study. *Medical Journal of Australia*, 2008, 188:89–94.
42. Gault WG. *Experimental exploration of implicit blame attribution in the NHS*. Edinburgh, Grampian University Hospitals NHS Trust, 2004.
43. Millenson ML. Breaking bad news *Quality and Safety in Health Care*, 2002, 11:206–207.
44. Gault W. Blame to aim, risk management in the NHS. *Risk Management Bulletin*, 2002, 7:6–11.
45. Berwick D M. Improvement, trust and the health care workforce. *Quality and Safety in Health Care*, 2003, 12 (Suppl. 1):i2i6.
46. Walton M. Creating a ‘no blame’ culture: Have we got the balance right? *Quality and Safety in Health Care*, 2004, 13:163–164.
47. Maurino DE, Reason J, Johnson N, Lee RB. *Beyond aviation human factors* Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 1995.
48. Perrow C. *Normal accidents: living with high-technologies*, 2nd ed. Princeton, NJ, Princeton University Press, 1999.
49. Douglas M. *Risk and blame: essays in cultural theory*. London, Routledge, 1992.
50. Helmreich RL, Merritt AC. *Culture at work in aviation and medicine*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing, 1998.
51. Strauch B. Normal accidents—yesterday and today. In: Hohnson CW, ed. *Investigating and reporting of accidents*. Washington, DC, National Transportation Safety Board, 2002.
52. Emanuel L et al. What exactly is patient safety? In: Henriksen K, Battles J B, Keyes M A, Grady ML, eds. *Advances in patient safety: new directions and alternative approaches*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2008:19–35.
53. Vincent C. *Patient safety*, 2nd ed. London, Blackwell, 2010.
54. Hicks LK et al. Understanding the clinical dilemmas that shape medical students’ ethical development: Questionnaire survey and focus group study. *British Medical Journal*, 2001, 322:709–710.



## Trang hình chiếu cho Chủ đề 1: An toàn bệnh nhân là gì?

Các bài giảng lý thuyết không phải bao giờ cũng là cách tốt nhất để dạy sinh viên về an toàn bệnh nhân. Nếu định thực hiện một buổi giảng lý thuyết, thì tốt nhất là nên có kế hoạch cho sinh viên được tương tác và thảo luận trong buổi học. Sử dụng nghiên cứu tình huống là một cách để khơi mào thảo luận nhóm. Một cách khác nữa là đặt ra những câu hỏi về các khía cạnh khác nhau của chăm sóc y tế sẽ làm nảy sinh những vấn đề đề cập tới trong chủ đề này, như văn hóa đổ lỗi, bản chất của sai sót, và sai sót được quản lý như thế nào trong các ngành công nghiệp khác.

Các trang hình chiếu cho Chủ đề 1 được thiết kế để giúp giảng viên truyền tải nội dung của chủ đề này. Có thể thay đổi các trang hình chiếu cho phù hợp với môi trường và văn hóa địa phương. Giảng viên không buộc phải sử dụng tất cả những trang hình chiếu này, và tốt nhất là chỉnh sửa lại chúng theo nội dung của mỗi buổi dạy.

Tất cả tên thuốc đều dùng theo Tên chung quốc tế của WHO (*International Nonproprietary Names for Pharmaceutical Substances*) (<http://www.who.int/medicines/services/inn/en/>; accessed 24 March 2011).



## Chủ đề 2

# Vì sao áp dụng yếu tố con người lại quan trọng đối với an toàn bệnh nhân.

### Dụng cụ banh vết mổ mất tích

Bệnh sử của Suzanne bao gồm bốn lần đẻ mổ trong thời gian 10 năm. Lần đẻ mổ thứ hai và thứ ba là ở bệnh viện B, và lần đẻ mổ thứ tư ở bệnh viện C. Hai tháng sau lần đẻ mổ thứ tư, Suzanne đến bệnh viện C trong tình trạng bị đau hậu môn nặng.

Một bác sĩ dùng thủ thuật nong hậu môn sau khi cho gây mê toàn thân và lấy từ trực tràng ra một cái banh vết mổ dùng trong phẫu thuật, dài 15 cm và rộng 2 cm, có hai đầu cong. Đó là loại banh thường được các bệnh viện trong vùng sử dụng và trên đó có khắc chữ cho thấy nó là của bệnh viện B. Bác sĩ cho rằng dụng cụ đó đã bị để quên trong bụng Suzanne từ một trong hai lần mổ đẻ trước, và nó đã đi qua phúc mạc vào trực tràng.

Trong lần đẻ mổ thứ tư, bác sĩ mổ nhận thấy có hiện tượng dính, hay vết sẹo, ở màng bụng, còn vị bác sĩ mổ đẻ cho cô lần thứ ba hai năm trước không thấy có vết sẹo nào. Mặc dù không ai biết chắc chắn mọi chuyện đã xảy ra thế nào, song có khả năng dụng cụ phẫu thuật đó đã bị bỏ quên trong bụng Suzanne trong lần mổ đẻ thứ ba và ở trong người cô hơn hai năm.

Nguồn: *Health Care Complaints Commission Annual Report 1999–2000*, New South Wales Government (Australia), 2001:58.

### Giới thiệu—Vì sao áp dụng yếu tố con người lại quan trọng

Nghiên cứu về yếu tố con người xem xét mối quan hệ giữa con người và hệ thống mà họ tương tác [1] bằng cách tập trung cải thiện hiệu suất, tính sáng tạo, năng suất và mức độ hài lòng với công việc, với mục tiêu nhằm giảm thiểu sai sót. Thất bại không áp dụng được những nguyên tắc yếu tố con người là một khía cạnh của hầu hết các biến cố bất lợi (gây hại cho người bệnh) trong chăm sóc y tế. Do đó, tất cả nhân viên y tế đều cần có hiểu biết cơ bản về các nguyên tắc yếu tố con người. Những nhân viên y tế không hiểu được những điều cơ bản về yếu tố con người cũng giống như cán bộ kiểm soát nhiễm khuẩn mà không hiểu gì về vi sinh học.

#### Từ khóa

Yếu tố con người, khoa học về lao động, hệ thống, hoạt động của con người.

### Mục tiêu học tập

Sinh viên cần hiểu được mối quan hệ giữa các yếu tố con người và an toàn bệnh nhân, và áp dụng kiến thức đó vào môi trường lâm sàng/chuyên môn.

### Kết quả học tập: Kiến thức và thực hành

#### Yêu cầu về kiến thức

Sinh viên biết nghĩa của thuật ngữ yếu tố con người và hiểu mối quan hệ giữa yếu tố con người và an toàn bệnh nhân.

#### Yêu cầu về thực hành

Sinh viên cần áp dụng được kiến thức về yếu tố con người vào môi trường làm việc của mình.

Khung B.2.1 dưới đây do Ủy ban An toàn và Chất lượng y tế Australia xuất bản, trả lời một số câu hỏi cơ bản về vấn đề yếu tố con người và mối quan hệ giữa vấn đề đó và y tế

## Yếu tố con người trong y tế

### Q. Thuật ngữ “yếu tố con người” nghĩa là gì?

A. Yếu tố con người áp dụng ở bất kỳ nơi nào con người làm việc. Yếu tố con người công nhận bản chất chung của con người là có thể mắc sai lầm. Cách tiếp cận truyền thống đối với sai sót của con người, có thể được gọi là mô hình “khả năng có thể hoàn thiện”, cho rằng nếu mọi người cẩn thận hơn, và được đào tạo đầy đủ hơn, thì sẽ tránh được sai sót. Kinh nghiệm của chúng tôi và của các chuyên gia quốc tế cho thấy là thái độ đó phản tác dụng và không có hiệu quả.

### Q. Nghiên cứu về yếu tố con người bao gồm những gì?

Yếu tố con người là một ngành học nhằm tìm cách tối ưu hóa mối quan hệ giữa con người và công nghệ, sử dụng những thông tin về hành vi, khả năng, hạn chế và các đặc điểm khác của con người để thiết kế công cụ, máy móc, hệ thống, nhiệm vụ, việc làm và môi trường cho con người sử dụng thoải mái, hiệu quả, năng suất và an toàn.

### Q. Ví sao vấn đề yếu tố con người trong y tế lại quan trọng?

A. Các vấn đề yếu tố con người có đóng góp chủ yếu dẫn đến biến cố bất lợi trong y tế. Trong y tế và các ngành công nghiệp có nguy cơ cao, như ngành hàng không, yếu tố con người đôi khi có thể gây hậu quả nghiêm trọng, thậm chí chết người.

Tuy nhiên, có thể làm cho hệ thống y tế trở nên an toàn hơn bằng cách nhận biết khả năng dẫn đến sai sót, và phát triển các hệ thống và chiến lược để rút kinh nghiệm từ sai lầm nhằm giảm thiểu tần suất sai sót và hậu quả của chúng.

### Q. Liệu có quản lý được yếu tố con người không?

A. Có, quản lý yếu tố con người bao gồm việc áp dụng các kỹ thuật chủ động nhằm giảm thiểu và rút kinh nghiệm từ sai sót hoặc tình huống cận nguy. Một văn hóa làm việc khuyến khích công tác báo cáo biến cố bất lợi và tình huống cận nguy sẽ giúp cải thiện hệ thống y tế và an toàn bệnh nhân.

Ngành hàng không là một ví dụ tốt về ngành công nghiệp đã ứng dụng nghiên cứu về yếu tố con người như một cách tiếp cận để nâng cao an toàn. Từ giữa thập niên 1980, ngành hàng không đã chấp nhận khả năng phạm lỗi của con người là điều không thể tránh khỏi và, thay vì đòi hỏi phải luôn hoàn thiện, là điều không bền vững, và biện pháp trừng phạt sai sót một cách công khai, ngành công nghiệp này đã thiết kế các hệ thống để giảm thiểu tác động của sai sót do con người gây ra. Kỷ lục an toàn của ngành hàng không ngày nay là minh chứng cho cách tiếp cận đó, mặc dù mỗi năm trung bình có 10 triệu lượt máy bay cất cánh và hạ cánh, từ năm 1965 đến nay mỗi năm trung bình chỉ xảy ra chưa đến 10 vụ máy bay rơi gây thiệt hại về người trên toàn thế giới, và nhiều trong số đó xảy ra ở các nước đang phát triển.

Nguồn: *Human factors in health care*. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2006 ([http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/6A2AB719D72945A4CA2571C5001E5610/\\$File/humanfact.pdf](http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/6A2AB719D72945A4CA2571C5001E5610/$File/humanfact.pdf); accessed 21 February 2011).

## Yếu tố con người và khoa học về lao

### động



Các thuật ngữ yếu tố con người và khoa học về lao động được dùng để mô tả tương tác giữa các cá nhân làm việc, nhiệm vụ đang thực hiện, và môi trường làm việc. Hai thuật ngữ đó có thể dùng thay thế cho nhau.

Nghiên cứu về yếu tố con người là một ngành khoa học sử dụng nhiều chuyên ngành khác nhau (như giải phẫu học, vật lý và cơ chế sinh học) để hiểu con người hoạt động và làm việc như thế nào trong các hoàn cảnh khác nhau. Chúng ta định

nghĩa ngành nghiên cứu về yếu tố con người là nghiên cứu về tất cả các yếu tố giúp thực hiện công việc dễ dàng hơn và đúng cách.

Một định nghĩa khác về yếu tố con người là môn nghiên cứu về mối quan hệ qua lại giữa con người, công cụ và thiết bị họ sử dụng tại nơi làm việc, và môi trường làm việc [1].

### Ứng dụng kiến thức về yếu tố con người

Ta có thể ứng dụng kiến thức về yếu tố con người ở bất kỳ nơi nào con người làm việc. Trong y tế, kiến thức về tác động của yếu tố con người có thể giúp chúng ta thiết kế các quy trình giúp nhân viên y tế làm nhiệm vụ của mình đúng cách. Ứng dụng các nguyên tắc yếu tố con người rất phù hợp với an toàn bệnh nhân bởi vì các khoa học cơ bản về an toàn được gắn kết trong ngành ứng dụng yếu tố con người. Các nguyên tắc yếu tố con người có thể giúp chúng ta sử dụng thực hành kê đơn và bào chế an toàn, giao tiếp tốt trong nhóm và chia sẻ thông tin hiệu quả với các nhân viên y tế khác và với bệnh nhân. Những nhiệm vụ có thời được coi là hoạt động cơ bản đó giờ đã trở nên phức tạp do mức độ phức tạp ngày càng tăng của hệ thống y tế. Phần lớn hoạt động chăm sóc y tế phụ thuộc vào con người thực hiện công việc chăm sóc bệnh nhân. Các chuyên gia về yếu tố con người tin rằng có thể giảm bớt sai sót bằng cách tập trung vào nhân viên y tế và nghiên cứu xem họ tương tác với môi trường làm việc và trở thành một phần của nó như thế nào. Ứng dụng các nguyên tắc yếu tố con người có thể giúp nhân viên y tế chăm sóc bệnh nhân dễ dàng hơn.

Các nguyên tắc yếu tố con người có thể được áp dụng trong bất kỳ môi trường hoặc ngành công nghiệp nào, như ngành hàng không, công trình, và trong nhiều năm nay quân đội đã ứng dụng kiến thức về yếu tố con người để cải thiện các hệ thống và dịch vụ [2].

Những bài học kinh nghiệm và ví dụ từ các ngành công nghiệp khác cho thấy bằng việc ứng dụng các nguyên tắc yếu tố con người, chúng ta có thể cải thiện các quy trình làm việc trong y tế. Ví dụ, các nguyên nhân tiềm ẩn của nhiều biến cố bất lợi liên quan tới thông tin liên lạc không rõ ràng giữa những con người làm việc trong hệ thống và hành động của họ. Nhiều người cho rằng khó khăn trong thông tin liên lạc giữa các thành viên của nhóm chăm sóc y tế liên quan tới thực tế là mỗi người có một số nhiệm vụ cần thực hiện đồng thời. Nghiên cứu ứng dụng yếu tố con người chỉ ra rằng điều quan trọng không phải ở số lượng công việc cần hoàn thành, mà ở tính chất của những công việc đó. Một nhân viên y tế có thể vừa giải thích các bước trong một thủ tục/quy trình đơn giản cho sinh viên trong khi thực hiện những bước đó, song trong một tình huống phức tạp, người đó có thể không thể vừa giải thích vừa tập trung vào công việc đang làm. Hiểu về yếu tố con người và tuân theo các nguyên tắc yếu tố con người là cơ sở của môn an toàn bệnh nhân. [3].

Các chuyên gia về yếu tố con người đã giúp nhân viên thuộc nhiều chuyên môn y tế khác nhau

dễ dàng thực hiện nhiệm vụ của mình được tốt nhất khi chăm sóc bệnh nhân. Điều đó rất quan trọng bởi vì mục tiêu của thiết kế yếu tố con người tốt là làm cho các cá nhân quen với việc sử dụng và tương tác với hệ thống. Điều đó có nghĩa là phải suy nghĩ về các vấn đề thiết kế hệ thống không chỉ về những khía cạnh như tính chất dễ bị tổn thương của bệnh nhân, các thành viên gia đình lo lắng và các nhân viên lâm sàng bình tĩnh, thoải mái và có kinh nghiệm, mà cả về các nhân viên y tế chưa có kinh nghiệm có thể cảm thấy sức ép, mệt mỏi và vội vàng.

Các chuyên gia về yếu tố con người sử dụng hướng dẫn và nguyên tắc dựa vào bằng chứng để thiết kế những cách giúp dễ dàng thực hiện nhiệm vụ một cách an toàn và hiệu suất, như: (i) kê đơn và pha chế thuốc; (ii) truyền đạt thông tin (iii) di chuyển bệnh nhân, (iv) lập biểu đồ dùng thuốc và các y lệnh khác trên vi tính; và(v) chuẩn bị thuốc. Nếu những nhiệm vụ đó dễ dàng thực hiện hơn cho nhân viên y tế, thì họ có thể chăm sóc người bệnh an toàn hơn. Những công việc đó đòi hỏi giải pháp thiết kế có sử dụng phần mềm (các hệ thống và chương trình nhập y lệnh trên máy tính để giúp phân phát thuốc), phần cứng (bơm IV), công cụ (dao mổ, bơm tiêm, giường bệnh) và bố trí phù hợp của khu vực làm việc, kể cả đủ đèn chiếu sáng. Cuộc cách mạng công nghệ trong y tế đã làm tăng mức độ liên quan của yếu tố con người trong sai sót vì khả năng tổn hại rất lớn khi công nghệ và dụng cụ y tế bị dùng sai [3]. Kiến thức về yếu tố con người cũng cho phép hiểu sâu hơn về tác động của sự mệt mỏi đối với con người. Những nhân viên y tế mệt mỏi có xu hướng hay quên và làm sai việc vì sự mệt mỏi có thể ảnh hưởng tới khả năng làm việc và làm thay đổi tâm trạng, lo lắng, chán nản và bực bội [4, 5]. Nếu một điều dưỡng phải làm thêm ca vì thiếu người, thì ta có thể dự đoán được là người điều dưỡng đó sẽ bị con buồn ngủ chi phối và có khả năng mắc lỗi nhiều hơn.

Ở nghĩa rộng nhất của nó, ngành nghiên cứu về yếu tố con người kết hợp những tương tác con người - máy móc (bao gồm thiết kế trang thiết bị) cũng như tương tác con người - con người, ví dụ như giao tiếp, làm việc theo nhóm và văn hóa tổ chức. Ngành ứng dụng yếu tố con người tìm cách xác định và thúc đẩy quan hệ tốt nhất giữa con người và môi trường mà họ sống và làm việc, nhất là trong mối liên quan với công nghệ và các đặc điểm thiết kế vật chất trong môi trường làm việc của họ. Lĩnh vực này nhận thức được rằng nơi làm việc cần được thiết kế và tổ chức để giảm thiểu khả năng xảy ra sai sót và tác động của sai sót nếu xảy ra.

Mặc dù chúng ta không thể loại bỏ bản chất có thể mắc lỗi của con người, song chúng ta có thể hành động để giảm bớt và hạn chế nguy cơ.

Xin lưu ý là ngành nghiên cứu về yếu tố con người không nghiên cứu *trực tiếp* về con người như tên gọi. Tuy nhiên đó là nghiên cứu tìm hiểu về những hạn chế của con người và thiết kế môi trường làm việc và trang thiết bị mà chúng ta sử dụng có tính đến tính thiếu nhất quán giữa con người và hoạt động của con người.

Việc hiểu biết về sự mệt mỏi, căng thẳng, thông tin liên lạc kém, ngắt quãng trong công việc và kiến thức và kỹ năng không đầy đủ ảnh hưởng thế nào tới nhân viên y tế là điều rất quan trọng vì điều đó sẽ giúp chúng ta hiểu về những tính chất định hướng có thể có liên quan tới biến cố bất lợi và sai sót. Cơ sở chính yếu của nghiên cứu về yếu tố con người liên quan tới vấn đề con người xử lý thông tin như thế nào. Chúng ta lấy thông tin từ môi trường xung quanh, xử lý và diễn giải những thông tin đó, rồi đáp ứng lại. Sai sót có thể xảy ra ở bất kỳ bước nào trong quy trình đó (tham khảo Chủ đề 5).



Con người không phải là những cỗ máy; nói chung hoạt động của máy móc rất dễ đoán trước và đáng tin cậy nếu được bảo dưỡng tốt. Thực tế thì con người rất khó đoán trước so với máy móc, và khả năng xử lý thông tin của chúng ta cũng hạn chế, do hạn chế về năng lực của trí nhớ. Thế nhưng con người lại rất sáng tạo, tự ý thức về mình, có trí tưởng tượng phong phú và linh hoạt trong tư duy [6].

Con người cũng dễ bị mất tập trung, và đó vừa là ưu vừa là nhược điểm. Khả năng bị mất tập trung giúp chúng ta nhận biết khi có gì đó không ổn xảy ra. Chúng ta rất giỏi nhận biết và ứng phó với tình huống cực nhanh, và thích ứng với tình huống mới và thông tin mới. Thế nhưng khả năng bị mất tập trung cũng làm chúng ta có xu hướng dễ mắc lỗi bởi vì khi mất tập trung chúng ta có thể không chú ý tới những khía cạnh quan trọng nhất của công việc hoặc tình huống. Hãy hình dung một sinh viên y khoa hay điều dưỡng đang lấy mẫu máu của bệnh nhân. Trong khi sinh viên đó đang trong quá trình thu dọn sau khi lấy mẫu, thì bệnh nhân ở giường bên cạnh gọi. Sinh viên đó tạm dừng để chạy sang giúp bệnh nhân kia và quên mất là mẫu máu chưa được ghi tên người bệnh. Hoặc giả dụ một dược sĩ đang nghe y lệnh chỉ định thuốc cho bệnh nhân qua điện thoại thì một đồng nghiệp hỏi điều gì đó. Trong trường hợp đó người dược sĩ có thể không nghe rõ người bên kia đầu dây nói gì hoặc không kiểm tra lại được tên thuốc và liều dùng, do bị gián đoạn.

Bộ não của chúng ta cũng có thể “chơi khăm” chúng ta bằng cách nhận định nhầm tình huống, và qua đó góp phần dẫn đến sai sót.



Thực tế là chúng ta có thể nhận định nhầm tình huống, mặc dù có ý định tốt đi chăng nữa, là một trong những nguyên nhân chính khiến cho quyết định và hành động của chúng ta có thể bị sai, dẫn đến những lỗi “ngớ ngẩn” – cho dù có kinh nghiệm, thông minh, nhiệt tình và cẩn thận đến đâu đi chăng nữa. Trong môi trường y tế chúng ta gọi những tình huống như vậy là sai sót và những sai sót đó có thể gây hậu quả cho bệnh nhân.



Đó là những lưu ý quan trọng cần phải nhận thức được, vì chúng là những điều nhắc nhở chúng ta rằng mắc lỗi không quá tệ như điều *không thể tránh khỏi*. Nói một cách đơn giản thì sai sót là mặt trái của việc có trí tuệ. Reason [6] mô tả *sai sót* là thất bại của một hành động đã được lập kế hoạch để đạt được kết quả dự kiến hay sự khác biệt giữa những gì làm được trong thực tế và những gì lẽ ra phải làm được



### Mối quan hệ giữa yếu tố con người và an toàn bệnh nhân



Điều quan trọng đối với tất cả nhân viên y tế là phải lưu ý đến các tình huống làm tăng khả năng xảy ra sai sót cho con người [7]. Đối với sinh viên và nhân viên mới chưa có kinh nghiệm thì điều đó càng đặc biệt quan trọng.

Có một số yếu tố có ảnh hưởng tới mức độ thực hiện công việc của con người, khiến con người dễ mắc sai sót.

Hai yếu tố có tác động lớn nhất là sự mệt mỏi và áp lực. Đã có bằng chứng mạnh mẽ liên kết sự mệt mỏi với hoạt động kém của con người, chứng minh đó là một yếu tố nguy cơ trong an toàn bệnh nhân [8]. Làm việc kéo dài nhiều giờ liền có ảnh hưởng tiêu cực tới khả năng hoạt động của con người tương đương như tác động của nồng độ cồn trong máu 0.05 mmol/l, là mức quy định không được phép lái xe ở nhiều nước [9].

Mối liên hệ giữa áp lực và khả năng làm việc cũng đã được khẳng định qua nghiên cứu.

Mặc dù áp lực công việc cao là điều nhiều người từng trải qua, song điều quan trọng là cần biết rằng mức độ áp lực quá thấp cũng ảnh hưởng không tốt tới hiệu suất lao động, vì dễ làm cho người ta chán, không tập trung làm việc cẩn thận.

Ngành công nghiệp hàng không yêu cầu mỗi phi công sử dụng một bảng kiểm cá nhân để giám sát kết quả thực hiện



nhệm vụ của mình—đó là một cách tiếp cận mà nhân viên y tế có thể học theo. Tất cả nhân viên y tế nên cân nhắc việc áp dụng một loạt chiến lược cá nhân nhằm giảm thiểu sai sót để đảm bảo thực hiện nhiệm vụ đạt kết quả tốt nhất.

Chữ viết tắt IM SAFE (ôm đau, thuốc thang, áp lực, rượu bia, mệt mỏi, xúc động) dùng trong ngành hàng không là một biện pháp tự đánh giá hữu ích để xác định xem một cá nhân có đủ năng lực đảm bảo làm việc an toàn mỗi ngày khi họ đến nơi làm việc không. (Chúng tôi sẽ bàn thêm về công cụ này trong Chủ đề 5).

### Áp dụng kiến thức về yếu tố con người vào thực hành

Có nhiều cách để sinh viên áp dụng kiến thức về yếu tố con người vào thực hành chăm sóc bệnh nhân.

#### Áp dụng tư duy yếu tố con người vào môi trường làm việc [10]

Sinh viên có thể áp dụng tư duy yếu tố con người ngay khi họ bước vào môi trường đào tạo lâm sàng. Ngoài ra còn có những lời khuyên giúp hạn chế khả năng gây sai sót của con người như sau.

#### Tránh dựa vào trí nhớ

Để thi đạt kết quả tốt, sinh viên phải nhớ rất nhiều sự kiện và thông tin. Đi thi thì như vậy không sao, nhưng trong công tác điều trị bệnh nhân, nếu chỉ dựa vào trí nhớ là rất nguy hiểm, nhất là khi kết quả có thể là kê nhầm thuốc hoặc kê không đúng liều cho bệnh nhân. Sinh viên cần phải tìm hình vẽ hoặc biểu đồ về các bước trong quy trình hoặc thủ tục điều trị. Kiểm tra lại hành động của mình bằng cách so sánh với hình vẽ hoặc biểu đồ có thể giúp giảm quá tải cho bộ nhớ, để có thể tập trung vào nhiệm vụ trước mắt, như hỏi bệnh sử hoặc phát thuốc cho bệnh nhân.

Đây là lý do chính vì sao các quy trình trong chăm sóc y tế lại quan trọng đến vậy— chúng làm giảm sự lệ thuộc vào trí nhớ. Mặt khác, nếu có quá nhiều quy trình cũng không tốt, nhất là khi những quy trình đó không được cập nhật kịp thời hoặc không dựa vào bằng chứng. Sinh viên cần hỏi về những quy trình chính sử dụng trong cơ sở y tế mà mình đến làm việc, để có thể làm quen. Quan trọng là phải kiểm tra xem những quy trình đó được cập nhật lần cuối khi nào. Tìm hiểu nhiều về quy trình cập nhật các thủ tục điều trị sẽ củng cố quan niệm rằng để có hiệu quả, quy trình/thủ tục phải là một tài liệu sống.

### Làm mọi việc trở nên rõ ràng

Sinh viên sẽ thấy là nhiều buồng bệnh và phòng khám có những trang thiết bị cần thiết cho công tác chẩn đoán, điều trị và theo dõi bệnh nhân (như máy chụp X-quang, bơm truyền dịch, dao mổ điện, ống dẫn ô-xy). Nhiều sinh viên sẽ được yêu cầu sử dụng những trang thiết bị đó. Trong trường hợp này cũng vậy, sử dụng hình vẽ và hướng dẫn về các bước vận hành những thiết bị đó và đọc màn hình hiển thị sẽ giúp sinh viên nắm vững các kỹ năng sử dụng thiết bị. Một ví dụ tốt về sử dụng hình vẽ nhắc nhở cho nhân viên y tế và sinh viên thực tập là hình vẽ nhắc vệ sinh bàn tay.

### Xem xét và sửa đổi quy trình

Càng đơn giản càng tốt. Câu nói này áp dụng cho mọi nghề nghiệp trong cuộc sống, kể cả y tế. Một số nhiệm vụ trong y tế đã trở nên quá phức tạp đến nỗi chúng trở thành công thức cho sai sót—trong các ví dụ có quy trình bàn giao và xuất viện. Hãy làm cho quy trình Bàn giao trách nhiệm chăm sóc bệnh nhân trở nên đơn giản hơn bằng cách thực hiện các chiến lược thông tin liên lạc có mục đích, ít hơn về số lượng và thu hút sự tham gia của bệnh nhân sẽ giúp giảm bớt sai sót. Sinh viên có thể giúp làm đơn giản hóa các quy trình thông tin liên lạc bằng cách nhắc lại các hướng dẫn/chỉ dẫn và đảm bảo là mình hiểu các quy trình/thủ tục quy định. Ví dụ nếu không có thủ tục bàn giao, thì sinh viên có thể hỏi xem các nhân viên y tế khác nhau làm thế nào để đảm bảo thông tin mà họ chuyển giao được tiếp nhận và hiểu đúng, và họ làm thế nào để chắc chắn là bệnh nhân đã được điều trị đúng, cũng như chắc chắn là bệnh nhân hoặc người chăm sóc đã nhận được thông tin chính xác và kịp thời.

Những ví dụ khác về đơn giản hóa quy trình có thể gồm : (i) giới hạn các loại thuốc sẵn có để kê đơn; (ii) giới hạn số liều được pha chế của các loại thuốc sẵn có; và (iii) giữ bản kiểm kê các loại thuốc thường được dùng cho bệnh nhân.

### Tiêu chuẩn hóa các quy trình và thủ tục

Ngay cả những sinh viên chỉ làm việc ở một cơ sở y tế cũng có thể quan sát thấy mỗi buồng bệnh hoặc phòng khám thực hiện công việc một cách khác nhau. Điều đó có nghĩa là họ phải học lại cách thực hiện công việc mỗi khi chuyển sang một lĩnh vực mới. Những cơ sở y tế có phương pháp làm việc tiêu chuẩn hóa (nếu có thể) sẽ giúp nhân viên của mình đỡ phải dựa vào trí nhớ— và làm như vậy cũng giúp tăng hiệu suất làm việc và tiết kiệm thời gian. Giấy xuất viện, quy định về kê đơn, và loại trang thiết bị đều có thể được chuẩn hóa trong một bệnh viện, khu vực hoặc thậm chí trong một nước.



### Định kỳ sử dụng bảng kiểm

Bảng kiểm đã được sử dụng thành công ở nhiều lĩnh vực hoạt động của con người, như học thi, đi du lịch và mua sắm. Sau khi kết quả của một nghiên cứu liên quan đến việc sử dụng một bảng kiểm an toàn phẫu thuật do WHO chỉ đạo được công bố gần đây trên *Tap chí Y học New England* [11], việc sử dụng bảng kiểm ngày nay đã trở nên phổ biến trong nhiều hoạt động y tế. Sinh viên nên có thói quen sử dụng bảng kiểm trong thực hành của mình, nhất là khi có phương pháp lựa chọn thực hiện điều trị dựa vào bằng chứng.

### Bớt phụ thuộc vào khả năng tập trung

Con người dễ bị mất tập trung và cảm thấy chán nếu không có nhiều hoạt động. Sinh viên cần cảnh giác với khả năng mắc lỗi khi họ tham gia những hoạt động kéo dài và lặp đi lặp lại. Trong những tình huống như vậy, đa số chúng ta sẽ bớt chú ý tới nhiệm vụ đang làm, nhất là nếu ta cảm thấy mệt. Sẽ có lúc việc cố gắng tập trung làm việc của chúng ta không có hiệu quả.



#### Tóm tắt

Tóm lại những bài học từ nghiên cứu về yếu tố con người trong các ngành công nghiệp khác có liên quan đến an toàn bệnh nhân ở tất cả các môi trường y tế, bao gồm hiểu biết về những tương tác và các mối quan hệ qua lại giữa con người và công cụ và máy móc mà chúng ta sử dụng. Hiểu về tính chất không thể tránh khỏi của sai sót và mức độ năng lực cũng như ứng phó của con người trong bất cứ tình huống cụ thể nào có ý nghĩa quyết định để hiểu được việc ứng dụng các nguyên tắc yếu tố con người có thể cải thiện chăm sóc y tế như thế nào.

### Chiến lược và hình thức dạy học

Chủ đề này có thể là mới mẻ đối với nhiều người, cho nên có lẽ tốt hơn là chúng ta nên trình bày nó như một chủ đề độc lập. Chủ đề này mang lại cơ hội để giảng dạy một cách sáng tạo và độc đáo trong môi trường lâm sàng và lý tưởng nhất là được dạy với các bài tập thực hành, chứ không dạy theo các buổi lý thuyết. Nhiều giảng viên sẽ chưa quen thuộc với lĩnh vực này và có thể muốn có sự tham gia của giáo viên các khoa khác, như khoa công trình hay tâm lý học. Những khoa đó có thể có các chuyên gia về ứng dụng yếu tố con người, có khả năng thực hiện bài giảng nhập môn về những nguyên tắc yếu tố con người.



#### Bài giảng tổng quan lý thuyết

Bởi vì chủ đề này sẽ là kiến thức mới đối với sinh viên nên có thể thích hợp nếu mời một chuyên gia về yếu tố con người đến giảng về các nguyên tắc cơ bản. Thường có thể tìm được những chuyên gia như vậy ở chuyên ngành công trình hoặc tâm lý. Một số chuyên ngành này đã lồng ghép y tế vào lĩnh vực của mình. Cũng có thể có một nhà lâm sàng

đã nghiên cứu về yếu tố con người và ứng dụng kiến thức đó vào thực hành của mình. Cần mời được một chuyên gia thích hợp để giảng cho sinh viên những kiến thức cơ bản, sử dụng các nghiên cứu tình huống trong y tế trong bài giảng của họ.



#### Hoạt động cá nhân và hoạt động theo nhóm nhỏ

Giảng viên có thể cho sinh viên làm các bài tập thực hành để tìm hiểu về các khía cạnh liên quan đến yếu tố con người của các trang thiết bị lâm sàng thông thường. Có thể tìm được những ví dụ tốt và ví dụ xấu minh họa cho nguyên tắc yếu tố con người ở bất kỳ môi trường lâm sàng nào. Ngoài ra, giảng viên có thể yêu cầu sinh viên suy nghĩ về tác động của yếu tố con người ở các lĩnh vực phi lâm sàng, như cuộc sống riêng của họ, các mối quan hệ ở trường học và nơi làm việc trước đây.

#### Ví dụ:

1. Yêu cầu sinh viên nghiên cứu trang thiết bị ở nhiều bộ phận của cơ sở y tế nơi họ làm việc (ví dụ khoa phục hồi chức năng, khoa cấp cứu, phòng khám, khoa chăm sóc tích cực (ICU), phẫu thuật răng hàm mặt).
  - Lĩnh vực nào có nhiều trang thiết bị nhất? Những mối nguy đi kèm với việc sử dụng một thiết bị để điều trị cho nhiều bệnh nhân khác nhau là gì? Thiết bị đó có được bảo dưỡng tốt không? Các yếu tố con người tác động thế nào đến hoạt động hiệu quả và an toàn của thiết bị?
  - Hãy cân nhắc những khía cạnh sau của nhiều loại trang thiết bị mà sinh viên đã tìm thấy:
    - Việc tìm công tắc bật/tắt thiết bị đó dễ dàng đến mức nào?
    - Việc tìm hiểu cách vận hành thiết bị đó dễ dàng đến mức nào?
    - Những sinh viên khóa trên, giảng viên và nhân viên kỹ thuật có gặp khó khăn gì khi học cách sử dụng thiết bị không?
2. Xem xét thực tiễn sử dụng tín hiệu báo động.
  - tín hiệu báo động trên những thiết bị khác nhau kêu thế nào?
  - Những tín hiệu báo động có thường xuyên bị lơ đi không?
  - Điều gì xảy ra khi tín hiệu báo động bị dừng lại và có biết rõ bị dừng bao lâu không?
  - Việc tín hiệu báo động bị tắt đi có phải là đáp ứng “tự động” hay liệu có cách tiếp cận hệ thống để tìm hiểu nguyên nhân không?
3. Hãy xem xét thiết kế của một thiết bị có liên quan thế nào với vấn đề an toàn. Ví dụ, việc lập trình đúng cho một bơm truyền dịch dễ dàng tới mức nào?

– Có những mối nguy nào liên quan tới việc có nhiều loại bom truyền dịch trong cùng một khu vực làm việc/một cơ sở y tế?

4. Hãy thiết kế một bảng kiểm cho việc thực hiện một thủ tục lâm sàng.  
Dùng kết quả điều tra một biến cố bất lợi để xem xét

các vấn đề yếu tố con người (tham khảo Chủ đề 5: *Rút kinh nghiệm từ sai sót để phòng ngừa tổn hại*).

### Nghiên cứu tình huống

*Những trường hợp sau cho thấy sự mệt mỏi có thể ảnh hưởng bất lợi như thế nào tới mức độ an toàn của chăm sóc bệnh nhân mà nhân viên y tế thực hiện.*

## Điều dưỡng: Quá mệt không thể đảm bảo an toàn?

Thứ Ba, 20/7/2004

**Tin tức.** Những gì đúng với các bác sĩ cũng đúng với điều dưỡng có đăng ký hành nghề: Những người thường xuyên phải làm việc nhiều giờ, thường là thời gian làm việc kéo dài không tính trước được, như ca trực lâu hơn 12 tiếng, thường mắc lỗi nhiều hơn những người phải làm việc ít giờ hơn.

Đó là kết luận của một nghiên cứu do Liên bang cấp kinh phí thực hiện, đăng trong số tháng 7/8 của tạp chí *Vấn đề Y tế (Health Affairs)*. Đây là một trong những nghiên cứu đầu tiên tìm hiểu mối quan hệ giữa sai sót y khoa và sự mệt mỏi của các điều dưỡng có đăng ký, những người chịu trách nhiệm chính trong việc chăm sóc trực tiếp cho bệnh nhân.

**Nghiên cứu.** Ann Rogers, phó giáo sư của trường Điều dưỡng thuộc Đại học Pennsylvania, đã cùng đồng nghiệp tiến hành khảo sát trên 393 điều dưỡng làm việc ở các bệnh viện trên cả nước. Hầu hết điều dưỡng tham gia nghiên cứu đều là nữ, da trắng, trung niên, làm việc ở các bệnh viện lớn ở thành phố và có hơn 10 năm kinh nghiệm.

Trong 2 tuần mỗi điều dưỡng ghi nhật ký chi tiết về giờ làm việc, giờ nghỉ và các sai sót của mình. Tổng số đã phát hiện được 199 sai sót và 213 tình huống cận nguy, thường là của chính các điều dưỡng. Đa số sai sót hoặc tình huống cận nguy liên quan đến thuốc, bao gồm nhầm thuốc, nhầm liều, phát thuốc nhầm bệnh nhân, sử dụng thuốc

sai cách, sai giờ hoặc hoàn toàn quên không phát thuốc hoặc tiêm/truyền cho bệnh nhân.

Số sai sót hoặc tình huống cận nguy tăng lên khi ca trực của điều dưỡng kéo dài hơn 12 giờ mỗi ngày, khi họ phải làm việc hơn 40 giờ mỗi tuần hoặc khi họ phải làm thêm giờ sau ca trực mà không có kế hoạch trước. “Nghề điều dưỡng chẳng có gì khác với các nhóm nghề khác” Rogers nói. “Khi họ phải làm việc nhiều giờ hơn, nguy cơ sai sót cũng tăng theo.”

**Tác động đối với bệnh nhân.** Cũng giống các nghiên cứu trước đó về bác sĩ nội trú, nghiên cứu này không tìm cách trực tiếp liên kết sai sót với tổn hại đối với bệnh nhân. Một nghiên cứu tiến hành ở Pennsylvania trước đây phát hiện rằng nếu tăng thêm một bệnh nhân mô phải chăm sóc vào khối lượng công việc đã có của mỗi điều dưỡng, cũng có nghĩa là nguy cơ tử vong hay bị các biến chứng nghiêm trọng của bệnh nhân đó sẽ tăng lên.

**Và ý nghĩa rộng lớn hơn.** Quan ngại về tỷ lệ sai sót y khoa và tác động của sự mệt mỏi đối với các bác sĩ tập sự đã khiến một số chuyên khoa phải đặt ra quy định mới giới hạn số tuần làm việc của họ là 80 giờ và số ca trực tối đa là 24 giờ. Một số bang đang xem xét mức giới hạn ca trực của điều dưỡng, trong thập niên trước ca trực của điều dưỡng đã kéo dài hơn vì các bệnh viện cắt giảm nhân viên và vì tình trạng thiếu điều dưỡng trên cả nước.

Nguồn: Goodman SG. *Nurses: too tired to be safe?* Washington Post. Tuesday, 20 July 2004.  
© 2004 The Washington Post Company.

### Hoạt động

– Yêu cầu sinh viên đọc bài báo đăng trên tờ *Washington Post* và suy nghĩ về các yếu tố có thể có liên quan đến những điều dưỡng bị mệt mỏi đó.

### Nhân viên y tế không được ngủ

Sau khi hết ca trực kéo dài 36 tiếng tại một trung tâm y khoa thực hành lớn, một bác sĩ nội khoa nội trú năm thứ nhất lái xe về nhà. Trên đường về cô ngủ gật sau vô lăng và đâm phải một xe khác do một phụ nữ 23 tuổi lái. Người phụ nữ đó bị thương ở đầu và tàn tật vĩnh viễn.

Người phụ nữ bị thương (bên nguyên) đâm đơn kiện trung tâm y tế đã hành động sơ suất về chuyên môn, khẳng định rằng trung tâm y tế “*đã biết, hoặc đáng ra phải biết, rằng cô bác sĩ nội trú đó đã làm việc suốt 34 giờ trong 36 giờ trực và trung tâm biết, hoặc lẽ ra phải biết rằng cô ấy quá mệt vì phải làm việc quá nhiều giờ và rời khỏi bệnh viện trong tình trạng không tỉnh táo vì đã không được ngủ.*”

#### Câu hỏi

– Bạn đã từng thấy bạn học hay đồng nghiệp nào của mình gặp tình huống tương tự bao giờ chưa?

– Nếu gặp chuyện tương tự, bạn sẽ khuyên người bác sĩ nội trú đó như thế nào sau ca trực 36 giờ?

– Bạn có cho rằng trung tâm y tế trên phải chịu trách nhiệm về thương tích mà người phụ nữ kia gánh chịu không?

– Bạn có thể đề xuất biện pháp gì để ngăn chặn những sự cố tương tự?

Nguồn: Tình huống do Giáo sư Armando C. Crisostomo, Môn Phẫu thuật đại trực tràng, Khoa Ngoại, Trường Y khoa Philippin / Bệnh viện Đa khoa Philippin, Manila, Philippin, cung cấp.

#### Bỏ quên gạc sau thủ thuật cắt tầng sinh môn

*Trường hợp này minh họa thất bại trong kiểm tra quy trình trong phòng mổ.*

Sandra, một phụ nữ 28 tuổi, đến gặp bác sĩ sản khoa của mình và than phiền là suốt ba ngày qua cô bị ra dịch âm đạo có mùi rất hôi. 10 ngày trước đó Sandra vừa sinh một bé trai. Khi sinh cô yêu cầu thực hiện thủ thuật cắt tầng sinh môn. Bác sĩ sản nghi cô bị nhiễm trùng và kê cho cô 5 ngày kháng sinh.

Một tuần sau Sandra lại đến gặp bác sĩ, vẫn với những triệu chứng trên. Cô đã uống hết đợt kháng sinh. Khi khám âm đạo bác sĩ phát hiện khu vực cắt tầng sinh môn bị sưng tấy. Bác sĩ sản xem kỹ hồ sơ bệnh án của Sandra, đặc biệt lưu ý đến những ghi chép về ca đỡ đẻ và số gạc được sử dụng. Trong hồ sơ có ghi số gạc sử dụng trong ca đỡ đẻ và được một điều dưỡng thứ hai xác nhận. Sandra lại được kê một đợt kháng sinh thứ hai.

Vì triệu chứng vẫn kéo dài, Sandra quyết định đến khám một bác sĩ sản khác. Vị bác sĩ này cho cô nhập viện để gây mê và khám, nong và nạo tử cung. Vị bác sĩ sản thứ hai này gọi điện cho bác sĩ thứ nhất sau khi phát hiện có một miếng bông gạc bị bỏ sót lại trong khi đóng vết cắt tầng sinh môn.

#### Hoạt động

– Nếu bạn dạy sinh viên điều dưỡng, thì hãy hỏi về vai trò của điều dưỡng trong phòng mổ, nhất là vai trò liên quan tới miếng bông gạc bị bỏ quên trong quá trình thực hiện thủ thuật lần đầu. Hãy hỏi về quy trình xác định các yếu tố cơ bản có thể liên quan đến biến cố bất lợi đó.

Nguồn: Hướng dẫn chương trình giảng dạy về An toàn bệnh nhân của WHO cho Nhóm chuyên gia các trường Y khoa. Tình huống do Ranjit De Alwis, Giảng viên chính, Đại học Y khoa quốc tế, Kuala Lumpur, Malaysia, cung cấp.

#### Thay đổi phương pháp thực hành thường quy mà không thông báo cho nhóm chăm sóc y tế

*Trường hợp này minh họa cho tác động của yếu tố con người đối với an toàn bệnh nhân. Sự cố này phản ánh sự thiếu thông tin liên lạc trong nhóm lâm sàng và không thực hiện đúng quy trình điều trị đã được thống nhất, gây tác động xấu tới chăm sóc bệnh nhân.*

Mary là bác sĩ nha khoa chuyên điều trị nội nha. Cô thường thực hiện toàn bộ tiến trình điều trị một lần, và cả nhóm nha khoa của cô đều biết điều đó.

Một hôm, khi đang tiến hành điều trị nội nha răng hàm trên cho một bệnh nhân, Mary bị mệt. Vì cảm thấy không được khỏe nên cô quyết định không hàn ống tủy chân răng và để lần sau làm tiếp. Song Mary không giải thích rõ cho người trợ lý nha khoa của mình. Đồng thời người trợ lý cũng không ghi lại là bệnh nhân cần một buổi điều trị nội nha khác nữa.

Mary quên mất trường hợp đó. Bệnh nhân đó tiếp tục được các nha sĩ khác điều trị, và vì bệnh án của anh ta không được ghi chép đầy đủ, nên không nha sĩ nào đặc biệt lo lắng về vụ ống tủy chân răng chưa được hàn xong. Cuối cùng một nha sĩ khác hàn lỗ sâu răng cho bệnh nhân mà không biết rằng ống tủy vẫn chưa được hàn.

Ba tháng sau bệnh nhân quay lại vì bị nhiễm trùng và viêm gần chân răng. Đến lúc đó họ phải kê thuốc kháng sinh cho bệnh nhân uống trước khi nhổ chiếc răng hàm bị hỏng.

### Câu hỏi

- Nêu một số yếu tố có thể đã góp phần dẫn đến việc không ghi chép đầy đủ thông tin về việc điều trị chưa hoàn tất.
- Có những yếu tố nào có thể đã tham gia dẫn đến việc các nha sĩ khác thực hiện điều trị tiếp theo cho bệnh nhân trong những lần hẹn sau không xem lại ống tủy chân răng chưa được hàn?
- Thảo luận về trách nhiệm của các thành viên nhóm khác (trong lĩnh vực thực hành của bạn) liên quan đến việc lưu hồ sơ và ghi thông tin vào bệnh án.

---

Nguồn: Tình huống do Shan Ellahi, Cố vấn An toàn bệnh nhân, Dịch vụ Cộng đồng Ealing và Harrow, Dịch vụ Y tế quốc gia, London, Vương quốc Anh, cung cấp.

### Đánh giá kiến thức về chủ đề này

Có nhiều chiến lược kiểm tra đánh giá phù hợp để sử dụng với chủ đề này, gồm MCQ, tiểu luận, câu hỏi yêu cầu trả lời ngắn BAQ, CBD, và tự đánh giá. Để một sinh viên hoặc một nhóm sinh viên điều hành thảo luận nhóm về vấn đề yếu tố con người trong lĩnh vực lâm sàng là cách hữu hiệu để biết sinh viên hiểu vấn đề đến đâu. Nếu sinh viên đang thực tập ở cơ sở y tế, thì hãy yêu cầu họ quan sát xem công nghệ được sử dụng như thế nào và các bước chuẩn bị để đào tạo nhân viên y tế cách sử dụng công nghệ là gì.

### Đánh giá kết quả giảng dạy chủ đề này

Đánh giá là bước quan trọng để xem xét buổi dạy đã diễn ra như thế nào và có thể làm tốt hơn ra sao. Tham khảo tóm tắt các nguyên tắc đánh giá quan trọng trong Hướng dẫn cho giáo viên (Phần A).

### Công cụ và tài liệu học tập

#### An toàn bệnh nhân

*National Patient Safety Education Framework*, sections 4.2 and 4.5

([http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/C06811AD746228E9CA2571C600835DBB/\\$File/framework0705.pdf](http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/C06811AD746228E9CA2571C600835DBB/$File/framework0705.pdf): accessed 21 February 2011).

#### Nhóm Yếu tố con người lâm sàng

<http://www.chfg.org>; accessed 18 January 2011.

Trên trang web này có các trang hình chiếu PowerPoint giải thích rõ về yếu tố con người.

*Human factors in health care*. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2006

(<http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/6A2AB719D72945A4CA2571C50>

[01E5610/\\$File/humanfact.pdf](#); accessed 21 February 2011).

Gosbee J. Human factors engineering and patient safety. *Quality and Safety in Health Care*, 2002, 11:352-354.

Có thể truy cập miễn phí bài báo này trên mạng toàn cầu; bài báo giải thích những điều cơ bản về yếu tố con người và mối liên quan với an toàn bệnh nhân.

#### Thiết kế chống sai sót

Grout J. *Mistake-proofing the design of health care processes* (prepared under an IPA with Berry College). AHRQ publication no. 070020. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, May 2007 (<http://www.ahrq.gov/qual/mistakeproof/mistakeproofing.pdf>; accessed 18 January 2011).

#### Sự mệt mỏi của nhân viên y tế

Berlin L. Liability of the sleep deprived resident. *American Journal of Roentgenology*, 2008; 190:845-851.

#### Tài liệu tham khảo

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.
2. Cooper N, Forrest K, Cramp P. *Essential guide to generic skills*. Malden, MA, Blackwell, 2006.
3. *National Patient Safety Education Framework*, sections 4.2 and 4.5 ([http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/C06811AD746228E9CA2571C600835DBB/\\$File/framework0705.pdf](http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/C06811AD746228E9CA2571C600835DBB/$File/framework0705.pdf); accessed 21 February 2011).
4. Pilcher JJ, Huffcutt AI. Effects of sleep deprivation on performance: A meta-analysis. *Sleep*, 1996, 19:318-26.
5. Weinger MB, Ancoli-Israel S. Sleep deprivation and clinical performance. *Journal of the American Medical Association*, 287:955-7 2002.
6. Runciman W, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in healthcare: a guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing, 2007.
7. Vincent C. *Clinical risk management—*

*enhancing patient safety*. London, British Medical Journal Books, 2001.

8. Flin R, O'Connor P, Crichton M. *Safety at the sharp end: a guide to nontechnical skills*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2008.
9. Dawson D, Reid K. Fatigue, alcohol and

performance impairment. *Nature*, 1997, 388:235–237.

10. Carayon P. *Handbook of human factors and ergonomics in health care and patient safety*. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum, 2007.
11. Haynes AB et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*, 2009, 360:491-499.

### **Trang hình chiếu Chủ đề 2: Vì sao áp dụng yếu tố con người lại quan trọng đối với an toàn bệnh nhân**

Các bài giảng lý thuyết không phải bao giờ cũng là cách tốt nhất để dạy sinh viên về an toàn bệnh nhân, nhưng chủ đề này có một số nguyên tắc lý thuyết mà sinh viên phải làm quen. Hãy mời một kỹ sư hay nhà tâm lý là chuyên gia về vấn đề yếu tố con người để giới thiệu tổng quan về yếu tố con người. Nếu định thực hiện bài giảng lý thuyết, thì nên có kế hoạch cho sinh viên được tương tác và thảo luận trong buổi học. Sử dụng nghiên cứu tình huống là một cách để khơi mào thảo luận nhóm. Các kỹ sư có thể lấy ví dụ từ các ngành công nghiệp khác, như ngành hàng không hay vận tải. Nếu sử dụng những ví dụ đó, thì cũng nên đưa ra một ví dụ phù hợp với y tế để sinh viên có thể thấy lý thuyết được ứng dụng như thế nào. Một cách khác là hỏi sinh viên các câu hỏi về những khía cạnh khác nhau của chăm sóc y tế, những câu hỏi sẽ dẫn đến các vấn đề có trong chủ đề này. Các trang hình chiếu cho Chủ đề 2 được thiết kế để hỗ trợ giảng viên truyền đạt nội dung của chủ đề này. Có thể thay đổi các trang hình chiếu cho phù hợp với môi trường và văn hóa địa phương. Giảng viên không buộc phải sử dụng tất cả những trang hình chiếu này, và tốt nhất là chỉnh sửa lại chúng theo nội dung của mỗi buổi dạy.





---

## Chủ đề 3

# Nhận thức về hệ thống và tác động của tính phức tạp của hệ thống đối với chăm sóc bệnh nhân

### Bệnh nhân bị tiêm nhầm thuốc

Jacquy trải qua một phẫu thuật thăm dò gọi là nội soi chụp mật tụy ngược dòng (ERCP) tại một bệnh viện thực hành lớn, vì bị nghi rối loạn túi mật. Sau khi gây mê, một ống soi được đặt qua miệng, qua thực quản vào tá tràng. Sau đó ống thông được đưa qua ống nội soi vào ống mật chủ và bơm thuốc cản quang vào để có thể chiếu tia X-quang quan sát ống mật.

Hai tháng sau, Jacquy được thông báo cô là một trong 28 bệnh nhân bị tiêm thuốc cản quang có chứa chất ăn mòn phenol. Thông thường Khoa Dược đặt mua thuốc cản quang Conray 280 lọ 20 ml, Thế nhưng khoảng năm tháng nay họ đặt hàng sai và cung cấp cho phòng mổ các lọ thuốc cản quang 5 ml Conray 280 60% có

chứa 10% phenol, trên nhãn có ghi rõ “sử dụng có giám sát chặt chẽ - chất ăn mòn” và “lọ 1 liều”. Cuối cùng một điều dưỡng đã phát hiện ra nhầm lẫn đó, điều mà cả khoa Dược và nhiều kíp mổ không phát hiện ra.

Cách thức được phẩm được đặt mua, bảo quản, và cung cấp cho các phòng mổ và phương pháp đảm bảo sao cho bệnh nhân được phát đúng thuốc gồm nhiều bước khác nhau, với nhiều cơ hội để xảy ra sai sót. Nhận thức được sự phức tạp của hệ thống là điều cần thiết để hiểu các thành phần của hệ thống kết nối với nhau ở đâu và như thế nào.

Nguồn: *Report on an investigation of incidents in the operating theatre at Canterbury Hospital 8 February – 7 June 1999*, Health Care Complaints Commission, Sydney, New South Wales, Australia. September 1999:1–37 (<http://www.hccc.nsw.gov.au/Publications/Reports/default.aspx>; accessed 18 January 2011).

### Giới thiệu—Vì sao tư duy hệ thống lại quan trọng đối với an toàn bệnh nhân



Chăm sóc y tế hiếm khi do các cá nhân thực hiện một mình. Chăm sóc an toàn và hiệu quả phụ thuộc không chỉ vào kiến thức, kỹ năng và hành vi của các nhân viên y tế trực tiếp điều trị cho bệnh nhân, mà cả vào cách thức các nhân viên đó hợp tác và liên lạc với nhau trong môi trường làm việc, và môi trường đó tự nó là một phần của tổ chức rộng lớn. Nói cách khác, bệnh nhân phụ thuộc vào việc nhiều người làm đúng việc và

đúng thời điểm. Tức là họ phụ thuộc vào hệ thống chăm sóc [1]. Để làm một cán bộ y tế chăm sóc an toàn cho bệnh nhân đòi hỏi phải có hiểu biết về các tương tác và mối quan hệ phức tạp trong chăm sóc y tế. Nhận thức đó có thể giúp các thầy thuốc phát hiện cơ hội xảy ra sai sót có thể làm hại đến bệnh nhân và khách hàng và có biện pháp ngăn chặn. Chủ đề này nói về hệ thống y tế; trong Chủ đề 5 chúng ta sẽ bàn về cách làm thế nào để giảm thiểu sai sót.

## Từ khóa

Hệ thống, hệ thống phức tạp, Tổ chức có độ tin cậy cao (HRO).

## Mục tiêu học tập



Hiểu tư duy hệ thống có thể cải thiện chăm sóc y tế và giảm thiểu biến cố bất lợi như thế nào.

## Kết quả học tập: Kiến thức và thực hành

### Yêu cầu về kiến thức



Sinh viên cần giải thích được các thuật ngữ *Hệ thống* và *hệ thống phức tạp* khi liên hệ đến chăm sóc y tế và vì sao cách tiếp cận hệ thống với an toàn bệnh nhân lại có ưu thế hơn cách tiếp cận truyền thống.

### Yêu cầu về thực hành

Sinh viên cần có khả năng mô tả các thành phần của một hệ thống y tế an toàn.

## Những điều sinh viên cần biết về các hệ thống chăm sóc y tế: giải thích thuật ngữ hệ thống và hệ thống phức tạp khi liên hệ với chăm sóc y tế

### Hệ thống là gì?



Thuật ngữ *hệ thống* là một thuật ngữ rộng được dùng để miêu tả bất kỳ tập hợp nào gồm hai hoặc nhiều thành phần tương tác với nhau, hoặc “một nhóm sự vật/thành phần độc lập tạo thành một thống nhất” [2].

Sinh viên ngành y sẽ quen thuộc với khái niệm về hệ thống trong bối cảnh hệ thống sinh học hoặc hữu cơ. Các hệ thống hữu cơ bao gồm từ những thứ nhỏ như một tế bào đơn lẻ đến những tổ chức phức tạp hơn hay cả một quần thể. Những hệ thống đó ở trạng thái liên tục trao đổi thông tin trong nội bộ và với bên ngoài. Quy trình liên tục của thông tin đầu vào, thay đổi nội tại, đầu ra và phản hồi là đặc điểm của những hệ thống đó. Những đặc điểm này cũng áp dụng cho nhiều hệ thống tạo thành hệ thống y tế, cũng như toàn bộ hệ thống y tế.

### Hệ thống phức tạp

Khi sinh viên bắt đầu bước chân vào một cơ sở lâm sàng lớn, họ thường bị choáng ngợp trước tính chất phức tạp của nó— số lượng đồng đội gồm nhân viên y tế, nhân viên các ngành liên quan và các chuyên khoa lâm sàng, sự đa dạng của bệnh nhân, nhiều khoa / phòng, các loại mùi khác nhau, v.v. Những sinh viên đó nhìn thấy và phản ứng lại với cơ sở y tế như một hệ thống. Hệ thống đó có vẻ lộn xộn và không thể đoán trước, và họ băn khoăn không biết mình sẽ làm thế nào để thích ứng với môi trường đó. Cuối cùng họ được phân về các khoa, phòng, phòng

khám khác nhau và quen dần với cách thức làm việc của lĩnh vực hoặc chuyên ngành cụ thể của mình. Đến lúc đó họ sẽ dễ dàng quên mất những phần khác của hệ thống.

Hệ thống phức tạp là một hệ thống gồm nhiều thành phần tương tác với nhau đến mức khó có



thể, nếu không nói là không thể, đoán trước được hành vi của hệ thống dựa vào hiểu biết về các bộ phận cấu thành của nó [3]. Hoạt động cung ứng chăm sóc y tế phù hợp với định nghĩa về một hệ thống phức tạp, nhất là ở các cơ sở y tế lớn. Các cơ sở y tế lớn thường gồm nhiều bộ phận tương tác với nhau, trong đó có con người (bệnh nhân và y, bác sĩ, cán bộ công nhân viên), cơ sở hạ tầng, công nghệ và các hóa chất trị liệu. Những cách mà các thành phần của hệ thống tương tác với nhau và phối hợp hoạt động vô cùng phức tạp và đa dạng. [3].

Mọi cán bộ y tế đều cần có hiểu biết về bản chất của tính phức tạp trong hệ thống y tế vì hiểu biết đó có vai trò quan trọng đối với việc phòng ngừa biến cố bất lợi và hữu ích để phân tích những tình huống xảy ra sai sót. (Vấn đề này được bàn chi tiết hơn trong Chủ đề 5). Nếu không thì có thể có xu hướng chỉ đổ lỗi cho những cá nhân trực tiếp liên quan đến một tình huống mà không nhận ra rằng luôn có nhiều yếu tố khác góp phần gây ra sai sót. Chăm sóc y tế là hoạt động phức tạp do [3]:

- sự đa dạng của các nhiệm vụ liên quan đến cung ứng chăm sóc cho bệnh nhân;
- sự lệ thuộc lẫn nhau của nhân viên y tế;
- sự đa dạng về bệnh nhân, nhân viên lâm sàng và các nhân viên khác;
- vô số các mối quan hệ giữa bệnh nhân, người chăm sóc, nhân viên y tế, nhân viên hỗ trợ, cán bộ quản lý, gia đình và thành viên cộng đồng;
- khả năng dễ bị tổn thương của bệnh nhân;
- những khác biệt trong cách bố trí các môi trường lâm sàng;
- quy định không thống nhất hoặc không có quy định;
- triển khai công nghệ mới;
- sự đa dạng của các lộ trình điều trị và tham gia của nhiều tổ chức;
- chuyên môn hóa ngày càng cao của cán bộ y tế – mặc dù chuyên môn hóa cho phép thực hiện nhiều cách điều trị bệnh nhân và dịch vụ khác nhau, điều đó cũng tạo nhiều cơ hội mắc lỗi hơn và nhiều sai sót hơn.

Sinh viên tham gia chăm sóc cho bệnh nhân sẽ nhanh chóng nhận ra rằng mỗi người bệnh lại đòi hỏi phải có cách điều trị riêng phù hợp với tình trạng sức khỏe và hoàn cảnh của họ. Sinh viên sẽ mau chóng thấy rằng khi tất cả các dịch vụ y tế cá nhân hóa được kết hợp lại sẽ tạo thành hệ thống y tế.

Nhiều dịch vụ y tế hiện diện như một hệ thống—với các tòa nhà, con người, quy trình, bàn làm việc, trang thiết bị, điện thoại—song nếu những người tham gia không hiểu về mục tiêu/mục đích chung, thì hệ thống đó sẽ không hoạt động thống nhất được. Con người là chất liên kết và duy trì hệ thống.

Nhận thức về hệ thống y tế đòi hỏi sinh viên phải suy nghĩ rộng hơn nghề nghiệp tương lai của mình. Để hệ thống có thể làm việc hiệu quả, tất cả các bác sĩ, điều dưỡng, dược sĩ, hộ sinh viên, và các cán bộ y tế khác cần phải hiểu về vai trò và trách nhiệm của nhau. Hoạt động của hệ thống cũng đòi hỏi hiểu biết của họ về tác động của sự phức tạp đối với bệnh nhân và rằng các tổ chức phức tạp như dịch vụ y tế thường dễ mắc sai sót. Ví dụ, mãi cho tới gần đây chúng ta vẫn coi hàng trăm dịch vụ dành cho bệnh nhân ở một bệnh viện như những dịch vụ riêng biệt. Công việc của bác sĩ bị tách biệt khỏi công việc của điều dưỡng, dược sĩ và nhà vật lý trị liệu. Các đơn vị và khoa/phòng trong bệnh viện cũng được coi như những thực thể riêng biệt.

Nếu khoa cấp cứu không kịp thời cấp cứu cho bệnh nhân, chúng ta sẽ nghĩ là bằng cách chính đốn khâu thiếu sót – đó là khoa cấp cứu – mà không cần phải chú ý tới các dịch vụ khác liên quan đến nó, là có thể giải quyết được vấn đề. Thế nhưng có lẽ khoa cấp cứu không thể chuyển bệnh nhân tới các khoa khác một cách kịp thời được vì không có giường bệnh. Nhân viên ở đó có thể có quá nhiều ưu tiên khác lớn hơn làm ảnh hưởng tới khả năng đáp ứng nhu cầu của bệnh nhân.

Mặc dù hàng ngày cán bộ y tế phải đối mặt với nhiều thách thức ở nơi làm việc và thậm chí có thể có nhận thức về nhiều thành phần của hệ thống và các mối quan hệ có thể dẫn đến vận hành sai, nhưng thường họ gặp khó khăn khi phải nghĩ về hệ thống, vì thông thường họ không được dạy cách tư duy bằng các khái niệm hoặc ngôn ngữ của lý thuyết hệ thống, và họ cũng không sử dụng những công cụ của nó để giải thích cho những hệ thống mà họ làm việc.

Nhận thức về tính phức tạp của chăm sóc y tế sẽ giúp cán bộ y tế hiểu cơ cấu tổ chức và quy trình làm việc có thể góp phần đảm bảo chất lượng chăm sóc chung cho bệnh nhân như thế nào. Phần lớn kiến thức về các tổ chức phức tạp bắt nguồn từ các chuyên ngành khác, như tâm lý học tổ chức. Trong một nghiên cứu công bố năm 2000, Viện Y học Hoa Kỳ IOM báo cáo rằng các quy trình tổ

chức được nhìn nhận như là các nguyên tắc an toàn, như đơn giản hóa và chuẩn hóa, hiếm khi được áp dụng trong hệ thống cung ứng dịch vụ y tế mà họ nghiên cứu [4].

Cách tiếp cận hệ thống đòi hỏi chúng ta phải xem xét chăm sóc y tế như một hệ thống toàn vẹn, với tính chất phức tạp và phụ thuộc vào nhau của nó, chuyên trọng tâm chú ý từ cá nhân sang tổ chức. Cách tiếp cận đó buộc chúng ta phải từ bỏ văn hóa đổ lỗi để hướng tới cách tiếp cận hệ thống. Khi áp dụng cách tiếp cận hệ thống, một chuyên viên trong lĩnh vực liên quan đến y tế sẽ có thể báo bác sĩ chăm sóc sức khỏe ban đầu là có thể có vấn đề trong việc thực hiện đặt hàng ngay lập tức, vì có các đơn đặt hàng khác khẩn cấp hơn. Sau đó hai người có thể cùng nhau tìm giải pháp, và nhờ đó có thể thấy trước và tránh được vấn đề.

Tóm lại, cách tiếp cận hệ thống cho phép chúng ta xem xét các yếu tố tổ chức gây rối loạn chức năng hệ thống y tế và sai sót/tai nạn (quy trình kém, thiết kế kém, hoạt động nhóm kém, hạn chế kinh phí và các yếu tố thể chế) chứ không tập trung vào những người có liên quan tới hoặc bị quy trách nhiệm cho những sự kiện đó. Cách tiếp cận này cũng giúp chúng ta bỏ thói quen đổ lỗi để hướng tới nhận thức và nâng cao tính minh bạch của các quy trình chăm sóc thay vì chỉ chú ý tới hành động chăm sóc.

### Cách tiếp cận truyền thống khi mọi việc trực trực: đổ lỗi và bêu riếu

Trong một môi trường phức tạp như vậy, Không có gì là ngạc nhiên khi thường xuyên có nhiều trực trực nhằm lẫn như thế. Mỗi khi xảy ra sai sót, cách tiếp cận truyền thống là đổ lỗi cho nhân viên y tế liên quan trực tiếp nhiều nhất đến nhiệm vụ chăm sóc cho bệnh nhân vào thời điểm xảy ra sai sót—thường là một sinh viên hoặc nhân viên cấp dưới. Mặc dù xu hướng đổ lỗi cho một cá nhân (cách tiếp cận con người) [5] rất mạnh mẽ—và cũng rất tự nhiên—cách làm đó cũng không có ích và thực ra là phản tác dụng vì nhiều lý do. Dù người bị quy trách nhiệm có vai trò gì trong quá trình dẫn đến sự cố đi chăng nữa, có rất ít khả năng là hành động của người đó là cố ý xét về tổn hại đối với bệnh nhân (hành động cố ý được gọi là vi phạm). Tham khảo Chủ đề 5: *Rút kinh nghiệm từ sai sót để phòng ngừa tổn hại*, và Chủ đề 6: *Nhận thức và quản lý nguy cơ lâm sàng*. Phần lớn những người liên quan đến một biến cố bất lợi thường rất buồn vì nghĩ rằng hành động của họ hoặc việc họ không hành động đã có thể góp phần gây ra sự cố. Điều họ không cần đến nhất là bị trừng phạt.

Wu mô tả nhân viên y tế là “nạn nhân thứ hai” trong những tình huống như vậy [6]. Xu hướng tự nhiên trong những tình huống như thế là hạn chế báo cáo. Nhân viên y tế sẽ ngại không muốn báo cáo nếu họ tin rằng mình sẽ bị khiển trách vì bất cứ chuyện gì không mong đợi có thể đã xảy ra. Nếu để cho vấn đề đó lỗi đó tiếp tục tồn tại, thì tổ chức y tế sẽ gặp khó khăn lớn trong nỗ lực giảm cơ hội xảy ra sự cố có cùng tính chất trong tương lai (tham khảo Chủ đề 5: *Rút kinh nghiệm từ sai sót để phòng ngừa tổn hại*).

Không may là nhiều các bộ y tế, kể cả các y bác sĩ lâu năm nhiều kinh nghiệm, chuyên viên trong lĩnh vực liên quan đến y tế và nhà quản lý, cùng nhiều người khác trong xã hội, lại chia sẻ một quan điểm khác, ủng hộ ý tưởng là cần phải đổ lỗi cho một cá nhân nào đó. Điều đó thể hiện một thách thức lớn, nhất là đối với những người chưa có nhiều kinh nghiệm trong nghề (tham khảo phần Giới thiệu Phần B–Các chủ đề).

Song áp dụng cách tiếp cận hệ thống cũng không có nghĩa là nhân viên y tế không phải chịu trách nhiệm hay giải trình cho hành động của mình. Cách tiếp cận hệ thống đòi hỏi chúng ta phải nhận thức được tất cả các yếu tố tiềm ẩn góp phần dẫn đến sự cố; nếu chỉ tập trung vào cá nhân, ta sẽ không phát hiện được những nguyên nhân chính, và do đó, chuyện tương tự sẽ rất có thể lại xảy ra.

### Trách nhiệm giải trình

Mọi nhân viên y tế đều có trách nhiệm đạo đức và pháp lý đối với công việc mà họ phải giải trình. Những đòi hỏi giải trình như vậy có thể khác nhau tùy theo ngành nghề hoặc tùy ở mỗi nước, song nhìn chung mục đích của chúng là mang lại lòng tin cho cộng đồng rằng có thể tin tưởng nhân viên y tế có đủ kiến thức, kỹ năng và hành vi do một cơ quan chuyên môn liên quan quy định. Nhiều nhân viên y tế thường hiểu nhầm những trách nhiệm đạo đức và pháp lý này và nhiều người vẫn không hiểu rõ sự khác biệt giữa hành động sao nhãng, hành động vô đạo đức và nhầm lẫn. Những khác biệt đó được nêu rõ trong bảng sau.

**Bảng B.3.1. Định nghĩa thuật ngữ y tế - pháp lý**

Loại hành vi y tế- pháp lý	Định nghĩa	Ghi chú
Sao nhãng	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Không áp dụng được kỹ năng, sự chú ý hay kiến thức được trông đợi ở một cán bộ y tế cẩn thận ở mức hợp lý [7].</li> <li>2. Sự chăm sóc dành cho bệnh nhân không đáp ứng tiêu chuẩn chăm sóc được trông đợi và hợp lý đối với một nhân viên y tế trung bình có bằng cấp, (SP-SQS 2005) hoặc dưới mức tiêu chuẩn của một thầy thuốc theo quan điểm của cộng đồng chuyên môn [8].</li> <li>3. Không làm việc với mức độ cẩn thận như của một người cẩn thận và thận trọng trung bình trong hoàn cảnh tương tự [9].</li> <li>4. Không có (thường là ở thầy thuốc hoặc một nhân viên y tế khác) sự cẩn thận thông thường, hợp lý, thường lệ hoặc được trông đợi, sự thận trọng hoặc kỹ năng (thường được được các thầy thuốc có uy tín, đáng tin cậy thể hiện khi điều trị cho những bệnh nhân tương tự) khi thực hiện nhiệm vụ được luật pháp công nhận, dẫn đến tổn hại, thương tích hay mất mát có thể dự báo được cho một người khác; sao nhãng có thể là hành động bỏ sót/quên (tức là không cố ý) hay vi phạm (cố ý), với các đặc điểm như không chú ý, khinh suất, cầu thả, vô tâm hay chệnh mảng; trong chăm sóc y tế, sao nhãng hàm ý sự lệch lạc, không đạt “thực hành y khoa chuẩn” mà một cán bộ y tế có trình độ đào tạo tương tự sẽ thực hiện trong hoàn cảnh tương tự [10].</li> </ol>	<p>Thành phần của lỗi sao nhãng do mỗi nước quy định.</p> <p>Mỗi nước có hệ thống riêng để đăng ký các chuyên</p>
Hành vi chuyên môn sai trái	<p>(Trong định nghĩa về sơ suất.)</p> <p>Sơ suất về chuyên môn hay thiếu kỹ năng ở mức không thể chấp nhận được khi thực hiện nhiệm vụ chuyên môn, thuật ngữ này có thể áp dụng với thầy thuốc, luật sư và kế toán [10].</p> <p>Hành vi chuyên môn sai trái được phân biệt với sơ suất và liên quan đến mọi nhân viên y tế. Mỗi nước định nghĩa hành vi chuyên môn sai trái một cách khác nhau. Hành vi chuyên môn sai trái thường dùng để nói đến sự đi trệch khỏi chuẩn mực chăm sóc trông đợi ở một cán bộ y tế</p>	<p>ngành y khác nhau và để quản lý khiếu nại về năng lực và hành vi chuyên môn</p>



Nhầm lẫn	<ol style="list-style-type: none"> <li>Hành động có thể theo đúng kế hoạch, nhưng kế hoạch lại không đầy đủ để đạt được kết quả dự kiến [11].</li> <li>Sai sót về quy tắc hay kiến thức là một sai sót của tư duy có ý thức. Sai sót về quy tắc thường xảy ra trong khi giải quyết vấn đề, khi người ta lựa chọn quy tắc sai – có thể do nhận thức sai về tình huống, hoặc áp dụng sai quy tắc, thường là một quy tắc chắc chắn (thường xuyên được sử dụng), có vẻ rất phù hợp. Sai sót về kiến thức xảy ra do thiếu hiểu biết hay giải thích sai vấn đề [12].</li> <li>Kém cỏi hay thiếu khả năng trong quá trình đánh giá và/hoặc suy luận khi lựa chọn mục tiêu hoặc xác định phương tiện để đạt mục tiêu đó, cho dù hành động theo quyết định – kế hoạch đó có diễn ra theo dự định hay không; sai sót của nhận thức... bao gồm sai sót về quy tắc xảy ra trong khi giải quyết vấn đề, khi chọn nhầm quy tắc, và sai sót về kiến thức xảy ra do thiếu hiểu biết hay giải thích sai vấn đề [13].</li> </ol>	<p>Ở một số nước sự không trung thực về sai sót có thể cấu thành hành vi chuyên môn sai trái. Ở một vài nước nhầm lẫn có thể bị trừng phạt. Quan trọng là phải biết quốc gia mà bạn đang theo học quản lý nhầm lẫn trong y tế như thế nào.</p>
----------	--	--

Cách tiếp cận hệ thống có nghĩa là sinh viên và nhân viên y tế được yêu cầu phải có trách nhiệm một cách chuyên nghiệp về hành động của mình. Nếu một sinh viên nha khoa cho bệnh nhân dùng sai thuốc vì đã không theo đúng quy trình thủ tục kiểm tra thuốc, thì liệu sinh viên đó có phải chịu trách nhiệm giải trình không? Phân tích một tình huống như vậy theo cách tiếp cận hệ thống sẽ xem xét những yếu tố góp phần khiến cho người sinh viên đó không kiểm tra lại thuốc: nếu sinh viên đó là người mới tới làm việc ở phòng khám nha khoa và không được hướng dẫn thì sao?; hoặc nếu sinh viên đó không biết về các bước phải thực hiện thì sao?; hay sinh viên đó không biết là có quy định giúp khẳng định chắc chắn bệnh nhân nào được dùng loại thuốc nào?; hay sinh viên đó không chắc chắn, nhưng không có ai ở đó có thể giúp cậu ấy/cô ấy kiểm tra lại, còn cậu ấy/cô ấy lại sợ gặp rắc rối nếu trì hoãn việc phát thuốc hoặc tiêm/truyền cho bệnh nhân? Tư duy hệ thống sẽ chỉ ra rằng người sinh viên nha khoa đó chưa được chuẩn bị sẵn sàng cho những nhiệm vụ như vậy. Song nếu người sinh viên đó đã được chuẩn bị đầy đủ, được một nha sĩ giám sát và biết về quy trình, nhưng vẫn không kiểm tra lại thuốc vì cậu ấy/cô ấy lười hoặc muốn làm xong sớm, thì sinh viên đó phải chịu trách nhiệm về sai sót đó. Những nhân viên y tế thiếu kinh nghiệm có thể không luôn luôn được giám sát; trong những tình huống như vậy, họ cần xin lời khuyên của một đồng nghiệp có kinh nghiệm hơn, cho dù có áp lực phải thực hiện xong thủ tục với bệnh nhân.

Phần lớn hoàn cảnh xảy ra các biến cố bất lợi đều phức tạp, cho nên tốt nhất là áp dụng cách tiếp cận hệ thống để tìm hiểu xem chuyện gì đã xảy ra và vì sao lại xảy ra, trước khi đưa ra bất kỳ quyết định nào về trách nhiệm giải trình cá nhân. Điều quan trọng là phải nhớ rằng văn hóa

không đổ lỗi này không chỉ áp dụng cho sinh viên, mà còn cho các nhân viên khác, kể cả những người đã làm việc lâu năm và có nhiều kinh nghiệm.

Trách nhiệm giải trình là một nghĩa vụ chuyên môn và không ai nghĩ rằng các cá nhân không phải chịu trách nhiệm giải trình. Tuy nhiên, ngoài trách nhiệm giải trình cá nhân còn có trách nhiệm giải trình hệ thống. Trách nhiệm giải trình hệ thống đòi hỏi hệ thống phải tự xem xét lại mình. Từ lâu nay các hệ thống y tế đã đẩy trách nhiệm về nhầm lẫn và sai sót trong hệ thống sang vai cá nhân các nhân viên y tế.

Những tổ chức y tế tốt nhất hiểu sự khác biệt giữa hành vi vi phạm và nhầm lẫn, và đã triển khai thực hiện các cơ chế giải trình công bằng, minh bạch và có thể dự đoán được, trong đó nhân viên nhận thức được những loại vấn đề mà họ sẽ phải chịu trách nhiệm cá nhân.

Bệnh nhân cũng là một phần của hệ thống và khi người ta ít quan tâm tới trình độ văn hóa của họ hoặc văn hóa nền của họ, thì bệnh nhân sẽ có nguy cơ không nhận được sự chăm sóc và điều trị tốt nhất. Những bệnh nhân đó khó có khả năng than phiền hoặc nêu vấn đề với nhân viên y tế. Với tư cách là một nhóm, bệnh nhân thường không được tham gia có ý kiến xem một dịch vụ y tế cần hoạt động như thế nào; họ thường bị đòi hỏi phải làm quen với sự thiếu tiện nghi, chăm sóc và điều trị kém và thông tin không đầy đủ. Bệnh nhân phải chấp nhận chất lượng chăm sóc không đạt yêu cầu vì họ thường thiếu hiểu những áp lực mà nhân viên y tế phải chịu và không muốn làm nhân viên y tế bực mình. Thường thì bệnh nhân không hiểu về tình trạng sức khỏe của mình hoặc không đề cao tầm quan trọng của việc tuân thủ quy trình thủ tục điều trị - ví dụ uống đủ một đợt thuốc theo đơn bác sĩ kê. Thường khi bệnh



nhân cảm thấy khá hơn là họ liền ngừng uống thuốc mà không hỏi ý kiến bác sĩ. Do đó điều quan trọng là nhân viên y tế phải dành thời gian giải thích về quy trình điều trị và tác động của việc không tuân thủ điều trị cho bệnh nhân.

### Cách tiếp cận mới



Các chuyên gia về an toàn tin rằng mặc dù khó thay đổi các khía cạnh của hệ thống phức tạp, song thay đổi hành vi và các quy trình tư duy của con người liên quan đến sự đóng góp của các quy trình đó dễ dẫn đến sai sót còn khó hơn nhiều [5]. Do đó đáp ứng chính đối với một sai sót là tìm cách thay đổi hệ thống, áp dụng *cách tiếp cận hệ thống* [5]. Tiếp cận hệ thống với sai sót trong chăm sóc y tế đòi hỏi phải nhận thức được nhiều yếu tố liên quan đến từng lĩnh vực cấu thành hệ thống y tế. Nhân viên y tế là một phần của hệ thống. Phân tích tai nạn trong các ngành công nghiệp khác cho thấy hiếm khi chỉ có một nguyên nhân dẫn đến tai nạn. Mà đúng ra là trục trặc hệ thống bắt nguồn từ một loạt yếu tố. Mục đích của cách tiếp cận hệ thống để điều tra sự cố là nhằm cải thiện thiết kế của hệ thống, để ngăn chặn không để sai sót xảy ra trong tương lai và/hoặc giảm thiểu hậu quả của sai sót.

Reason nêu ra nhiều thành phần của hệ thống có thể được coi là một phần của cách tiếp cận “tư duy hệ thống” cho điều tra sự cố trong những phạm trù sau [14].

#### *Yếu tố liên quan đến bệnh nhân và thầy thuốc*

Đó là đặc điểm của những cá nhân liên quan, trong đó có bệnh nhân. Quan trọng là phải nhớ rằng nhân viên y tế, sinh viên và bệnh nhân đều là một phần của hệ thống.

#### *Yếu tố liên quan đến nhiệm vụ*

Đó là đặc điểm của các nhiệm vụ mà nhân viên y tế thực hiện, bao gồm cả những nhiệm vụ đó, cũng như các yếu tố như tiến trình làm việc, áp lực về thời gian, kiểm soát công việc và khối lượng công việc.

#### *Yếu tố liên quan đến công nghệ và công cụ*

Các yếu tố về công nghệ tức là số lượng và tính chất của các công nghệ sử dụng trong tổ chức. Những yếu tố như vậy bao gồm số lượng và loại hình công nghệ và sự sẵn có, tiện lợi, khả năng tiếp cận được và vị trí của chúng. Thiết kế của công cụ và công nghệ bao gồm sự tích hợp với các công nghệ khác, huấn luyện người sử dụng, xu hướng bị trục trặc, hỏng hóc, khả năng đáp ứng và các đặc điểm thiết kế khác cũng thuộc phạm trù này.

### *Các yếu tố nhóm*

Phần lớn việc chăm sóc điều trị cho bệnh nhân do các nhóm đa ngành thực hiện. những yếu tố như thông tin liên lạc trong nhóm, phân công vai trò rõ ràng và quản lý nhóm đã được chứng minh là có ý nghĩa quan trọng trong các ngành công nghiệp khác và tầm quan trọng của những yếu tố đó trong y tế đang ngày càng được công nhận[15].

#### *Các yếu tố môi trường*

Đó là các đặc điểm môi trường làm việc của nhân viên y tế. Những đặc điểm đó bao gồm chiếu sáng, tiếng ồn, không gian và cách bài trí.

#### *Các yếu tố tổ chức*

Đó là các đặc điểm cơ cấu, văn hóa và đặc điểm liên quan đến chính sách của tổ chức. Ví dụ về các yếu tố này gồm đặc điểm lãnh đạo, văn hóa, quy định và chính sách, các cấp độ thứ bậc và mức độ điều khiển của người giám sát.

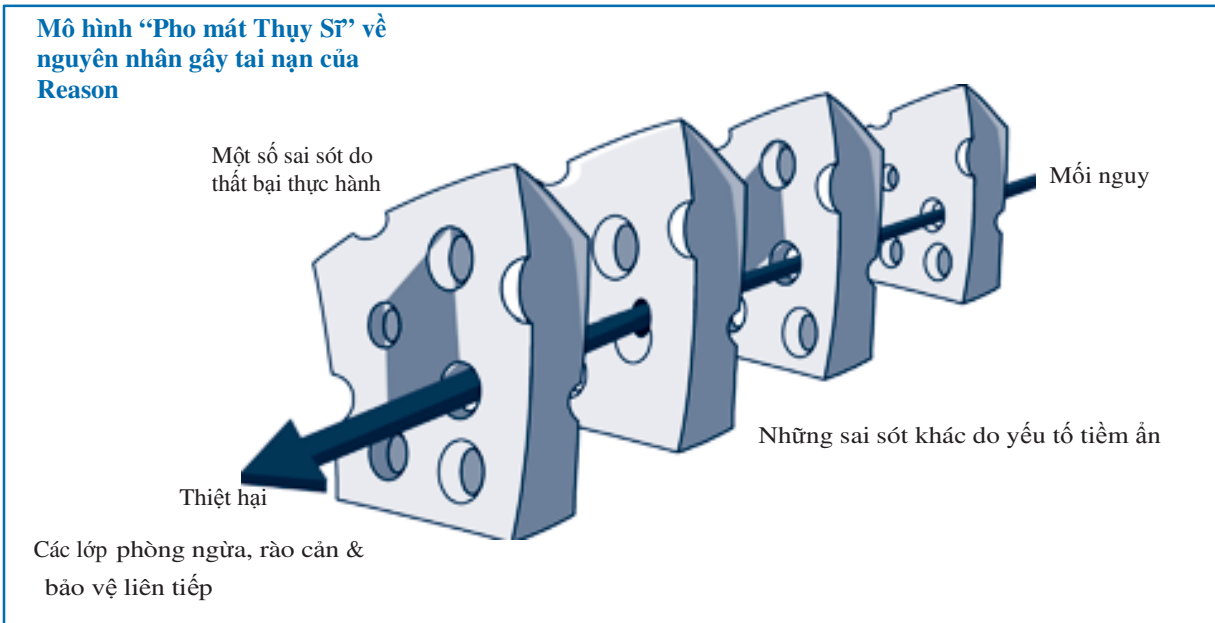
### Mô hình pho mát Thụy Sĩ



Xem xét y tế từ nhiều quan điểm rộng rãi như vậy làm nổi bật bản chất đa yếu tố của bất kỳ sự cố hay sự kiện về an toàn bệnh nhân nào. Vì thế sinh viên của các chuyên ngành y phải cẩn thận để phòng để tránh tội vạ gán trách nhiệm cho một cá nhân về một biến cố bất lợi, mà phải xem xét các vấn đề về hệ thống có liên quan. Phần lớn các biến cố bất lợi đều liên quan đến cả yếu tố hệ thống và con người. Reason dùng thuật ngữ *thất bại thực hành* để mô tả những sai sót của nhân viên gây hậu quả bất lợi trước mắt. Nhưng ông cũng mô tả một điều kiện tiên quyết quan trọng thứ hai cho việc xảy ra biến cố bất lợi, đó là sự hiện diện của một hoặc nhiều điều kiện tiềm ẩn. Điều kiện tiềm ẩn thường là kết quả của quá trình ra quyết định yếu kém, thiết kế kém và thủ tục/quy trình kém do những người không trực tiếp chăm sóc điều trị cho bệnh nhân đưa ra. Những điều kiện này thường đã tồn tại từ lâu trước khi xảy ra sự kiện. Ví dụ về điều kiện tiềm ẩn đối với nhân viên y tế gồm sự mệt mỏi, thiếu nhân viên, trang thiết bị trục trặc, thiếu đào tạo và giám sát [16].

Reason đưa ra mô hình pho mát Thụy Sĩ để giải thích cách thức lỗi ở các lớp/tầng khác nhau trong hệ thống dẫn đến sự cố như thế nào [5]. Mô hình đó cho thấy lỗi ở một tầng của hệ thống chăm sóc y tế thường chưa đủ để gây tai nạn (xem Hình B.3.1). Biến cố bất lợi thường xảy ra khi có một số lỗi xảy ra ở nhiều tầng của hệ thống (ví dụ, nhân viên mệt mỏi cộng thêm thủ tục không đầy đủ cộng với trang thiết bị trục trặc) và trong giây lát kết hợp lại cho phép tạo đường dẫn cho cơ hội xảy ra tai nạn (thể hiện bằng mũi tên trong Hình B.3.1).

**Hình B.3.1. Phòng ngừa, rào cản và bảo vệ**

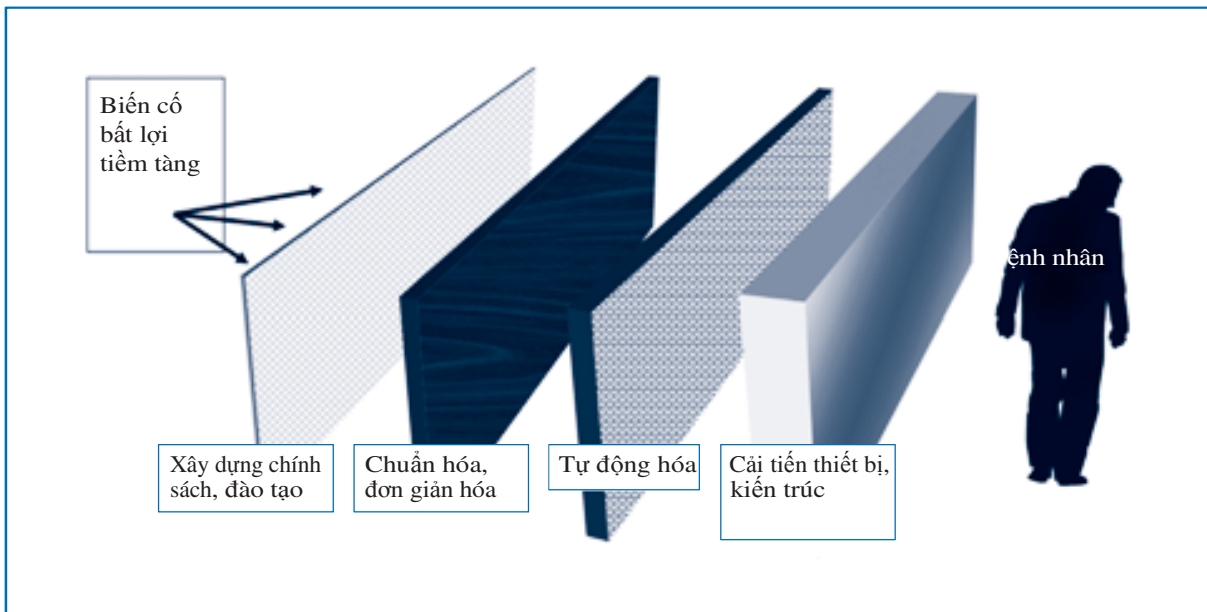


Nguồn: Reason JT. *Managing the risks of organisational accidents*, 1997 [14].

Để ngăn ngừa biến cố bất lợi, Reason đề xuất áp dụng nhiều lớp phòng ngừa dưới hình thức các lớp bảo vệ liên tiếp (hiểu biết, nhận thức, cảnh giác và cảnh báo, khôi phục hệ thống, rào cản an toàn, ngăn chặn, loại trừ, di tản, chạy và cứu

hộ), được thiết kế để phòng ngừa chống lại thất bại của lớp bảo vệ chính (xem Hình B.3.2). Điểm mạnh của cách tiếp cận hệ thống để điều tra tình huống là cách tiếp cận đó xem xét tất cả các lớp của hệ thống, để xem có cách cải thiện cho bất kỳ lớp nào không.

**Hình B.3.2. Các lớp phòng ngừa**



Nguồn: Veteran Affairs (US) National Center for Patient Safety <http://www.patientsafety.gov/> [17].

## Sinh viên có thể áp dụng kiến thức này như thế nào



### Hiểu thuật ngữ *Tổ chức có độ tin cậy cao (HRO)*

Thuật ngữ HRO [18] nói tới những tổ chức hoạt động trong điều kiện nguy hiểm, song vẫn hoạt động tốt và gần như hoàn toàn “không có trục trặc”. Tức là những tổ chức đó gặp rất ít biến cố bất lợi. Những tổ chức như vậy gồm các hệ thống kiểm soát không lưu, nhà máy điện hạt nhân và tàu sân bay của hải quân. Mặc dù giữa những ví dụ trên và ngành y tế có nhiều khác biệt, song thông điệp cho ngành y tế là có thể đạt được hoạt động an toàn và hiệu quả đều đặn mặc dù môi trường làm việc có tính phức tạp và khó dự đoán cao. Những tổ chức HRO này thể hiện cho các tổ chức y tế thấy là họ cũng có thể nâng cao an toàn bằng cách chú trọng tới những hệ thống liên quan.

Có những khác biệt quan trọng giữa các tổ chức HRO mô tả ở trên và các tổ chức y tế và khác biệt nằm ở trung tâm của vấn đề hiện có. Với tư cách thầy thuốc, chúng ta không thường xuyên nghĩ rằng chăm sóc y tế sẽ thất bại. Thất bại không phải một phần của quan điểm chuyên môn, trừ phi nó liên quan tới những cách điều trị cụ thể. Khi chăm sóc điều trị cho bệnh nhân, chúng ta không để ý tới khả năng nhân viên y tế có thể thông tin sai lệch hay một bác sĩ ngoại khoa nào đó có thể quá mệt mỏi sau khi phải làm việc suốt đêm, hay chữ viết của một bác sĩ có thể không thể đọc nổi, khiến cho một dược sĩ bào chế sai liều, và sau đó một điều dưỡng có thể cho bệnh nhân uống liều thuốc đó. Bất kỳ điều nào trong số đó đều có thể là yếu tố tham gia dẫn đến biến cố bất lợi. Nhân viên y tế thường quen với cá nhân người bệnh về các nguy cơ liên quan đến tác dụng phụ và biến chứng, song họ không áp dụng lập luận tương tự cho hoạt động điều trị đang được thực hiện trong cả hệ thống. Tư duy hệ thống đòi hỏi nhân viên y tế phải suy nghĩ về cả hai loại hình nguy cơ tiềm tàng: nguy cơ điều trị và nguy cơ hệ thống.

Các tổ chức HRO cũng nổi tiếng với khả năng phục hồi—họ tìm cách đón trước thất bại và có biện pháp ngăn chặn. Bệnh nhân là thành phần có khả năng phục hồi nhất trong hệ thống y tế và nhiều biến cố bất lợi đã được ngăn chặn nhờ khả năng phục hồi của chính bệnh nhân. Họ khỏe lên mặc dù bị chùng nhảm thuốc hoặc điều trị sai.

Cho tới nay chúng ta vẫn chưa có được văn hóa an toàn trong chăm sóc y tế. Các tổ chức HRO đã nỗ lực rất nhiều để thiết lập và duy trì văn hóa an toàn và có hình thức khuyến khích và khen thưởng cho công nhân viên. Trong một tổ chức HRO, mọi người được khen thưởng nếu họ nhận đã mắc sai sót

vì sự thừa nhận và kết quả của hành động đó trong việc ngăn chặn những lỗi tương tự xảy ra trong tương lai giúp tổ chức tiết kiệm thời gian và tiền bạc. Thử hình dung một hệ thống y tế trong đó nhân viên có thể thoải mái thừa nhận lỗi của mình và chúng ta có năng lực áp dụng/sắp đặt các đặc điểm và nguồn lực để có thể ngăn chặn hoặc giảm thiểu những lỗi tương tự. Tỷ lệ biến cố bất lợi có thể sẽ giảm đáng kể, cứu được nhiều sinh mạng, giảm bớt đau đớn và nâng cao tinh thần của cán bộ nhân viên.

### Biết về đặc điểm của tổ chức có độ tin cậy cao [18]

Các tổ chức HRO có chung những đặc điểm sau:

- *lo lắng về thất bại*: nhận biết và có kế hoạch cho khả năng thất bại do các hoạt động của họ có nguy cơ cao và dễ sai sót;
- *tận tâm với việc phục hồi*: chủ động tìm kiếm các mối đe dọa bất ngờ và ngăn chặn trước khi chúng kịp gây hại;
- *nhanh nhạy với hoạt động*: chú ý chặt chẽ tới các vấn đề mà nhân viên trực tiếp làm việc gặp phải; và
- *một văn hóa an toàn* trong đó các cá nhân cảm thấy thoải mái khi tập trung chú ý vào các mối nguy tiềm tàng hay thất bại thực sự mà không sợ bị cấp trên phê bình.

### Áp dụng bài học kinh nghiệm của các tổ chức HRO cho chăm sóc y tế

Các tổ chức y tế có thể học hỏi từ các tổ chức HRO. Chúng ta có thể nghiên cứu thành công của họ và xem xét xem những yếu tố nào khiến cách làm của họ có hiệu quả. Chúng ta cũng có thể học được từ những thất bại của họ, đặc biệt là thảm họa xảy ra như thế nào và những yếu tố nào thường có mặt trong những thảm họa đó.

### Vai trò của quy định

Do tính chất công việc của họ với công chúng, nên ở đa số các nước đều có quy định cho nhân viên y tế. Quy định chuyên môn bảo vệ công chúng bằng cách yêu cầu thầy thuốc phải đạt được năng lực cần thiết để hành nghề, thiết lập và củng cố các tiêu chuẩn thực hành. Quy định thiết lập tiêu chí để được đăng ký và duy trì giấy phép hành nghề. Vai trò của các cơ quan quản lý bao gồm nhận và điều tra khiếu nại về cá nhân các thầy thuốc và có hành động thích hợp nếu cần, như đình chỉ, xóa tên trong sổ đăng ký hành nghề hoặc đặt điều kiện để được phép hành nghề.

### Tóm tắt



Cách tiếp cận hệ thống giúp chúng ta hiểu và phân tích nhiều yếu tố cơ bản dẫn đến biến cố bất lợi. Do đó sử dụng cách tiếp cận hệ thống để đánh giá tình huống – khác với cách tiếp cận con người—sẽ có nhiều cơ hội dẫn đến kết quả xây dựng được các chiến lược giảm khả năng lặp lại biến cố bất lợi.

## Nghiên cứu tình huống

**Tầm quan trọng của thông tin liên lạc liên ngành -**  
*Trong nhiều ca tử vong mẹ có thể tránh được được phát hiện trong cuộc điều tra kín ở Vương quốc Anh, thông tin liên lạc liên ngành đã bị cản trở do thiếu sự hợp tác liên ngành hoặc liên cơ quan và khó khăn trong thông tin liên lạc, trong đó có tình trạng hợp tác kém hoặc thiếu hợp tác giữa các thành viên nhóm, tham khảo ý kiến qua điện thoại không thích hợp hoặc không đầy đủ, không chia sẻ thông tin liên quan giữa các nhân viên y tế, trong đó có chia sẻ thông tin giữa bác sĩ đa khoa và kíp đỡ đẻ, và kỹ năng giao tiếp liên nhân kém. Nghiên cứu này cũng phát hiện một vấn đề khác liên quan đến chăm sóc hộ sinh tập trung vào tình trạng không nhận thức được những biểu hiện khác thường, hậu quả là sản phụ không được giới thiệu đến cơ sở y khoa phù hợp. Nghiên cứu tình huống sau nêu bật tầm quan trọng của những vấn đề đó.*

Một phụ nữ tị nạn trẻ không biết tiếng Anh, thiếu cân và có lượng haemoglobin thấp được đăng ký chăm sóc thai sản do nữ hộ sinh phụ trách. Chồng cô, cũng không thạo tiếng Anh mấy, phải làm phiên dịch. Cô được nhập viện vào những tháng cuối thai kỳ trong tình trạng bị đau bụng và ra máu. Cô được chẩn đoán là bị táo bón mặc dù kết quả xét nghiệm chức năng gan bất thường, và được cho về nhà để nữ hộ sinh theo dõi tiếp. Mấy tuần sau cô lại phải nhập viện, vẫn bị đau bụng và, mặc dù kết quả xét nghiệm máu bất thường, người ta không hỏi ý kiến chuyên gia y tế có kinh nghiệm nào và lại cho cô ra viện. Mấy ngày sau người phụ nữ đó lại được nhập viện trong *tình trạng nguy kịch*, suy gan và suy đa tạng, đồng thời thai nhi đã chết lưu. Mặc dù tình trạng sức khỏe của cô rất nghiêm trọng, song vẫn không có sự phối hợp điều trị cho cô, và mặc dù được một bác sĩ điều trị tích cực có kinh nghiệm thăm khám, cô vẫn phải nằm ở phòng sinh. Hai ngày sau người phụ nữ đó chết do đông máu nội mạch lan tỏa liên quan đến gan nhiễm mỡ trong thai kỳ.

### Câu hỏi

- Sử dụng cách tiếp cận hệ thống để mô tả những yếu tố có thể có liên quan đến hậu quả bi thảm của trường hợp này, và làm thế nào để ngăn ngừa không để những biến cố bất lợi tương tự xảy ra trong tương lai.

Nguồn: Điều tra kín về sức khỏe bà mẹ và trẻ em (CEMACH). Saving Mother's Lives 2005-2008, London, 2007 ([www.cemach.org.uk/](http://www.cemach.org.uk/); accessed 21 February 2011).

### Không kịp thời cho bệnh nhân dùng kháng sinh dự phòng trước phẫu thuật theo quy định

*Ví dụ này nêu bật cách thức mà dịch vụ y tế có thể gặp khó khăn trong việc xử trí những thay đổi vào phút cuối.*

Bác sĩ gây mê và bác sĩ phẫu thuật trao đổi về thuốc kháng sinh dự phòng cần có cho bệnh nhân chuẩn bị được phẫu thuật nội soi cắt túi mật. Bác sĩ gây mê thông báo với bác sĩ mổ là bệnh nhân dị ứng với penicillin và bác sĩ mổ đề nghị dùng clindamycin thay thế kháng sinh dự phòng trước phẫu thuật. Bác sĩ gây mê đi sang hành lang vô trùng để lấy thuốc kháng sinh, nhưng lại quay lại và nói với y tá trưởng phòng mổ là ông không tìm thấy loại thuốc kháng sinh nào phù hợp ở đó. Người y tá gọi điện yêu cầu thuốc kháng sinh. Bác sĩ gây mê giải thích là ông không thể yêu cầu lấy thuốc kháng sinh vì không có mẫu phiếu yêu cầu (ông tìm kiếm trong một cặp đựng các loại mẫu). Y tá trưởng phòng mổ khẳng định rằng loại thuốc kháng sinh được yêu cầu “đang được đưa đến”.

Bác sĩ mổ thực hiện vết rạch. Sáu phút sau thuốc kháng sinh được đưa tới phòng mổ và ngay lập tức được tiêm cho bệnh nhân. Mũi tiêm này được thực hiện sau khi vết rạch mổ được thực hiện, trái với quy trình mà theo đó kháng sinh phải được tiêm trước khi rạch vết mổ để tránh nhiễm trùng vết mổ.

### Câu hỏi

- Cần phải làm gì để đảm bảo chuyện tương tự sẽ không xảy ra nữa?
- Tình huống này cho thấy sự cần thiết phải có trao đổi thông tin liên ngành như thế nào?
- Ai là người có thể dừng quy trình lại nếu có vấn đề xảy ra?

Nguồn: Hướng dẫn chương trình giảng dạy về An toàn bệnh nhân của WHO cho nhóm chuyên gia các trường Y khoa. Tình huống do Phó giáo sư Lorelei Lingard, Đại học Toronto, Toronto, Ca-na-đa, cung cấp.

### Thất bại của hệ thống dẫn đến tử vong

*Ví dụ này nêu bật cách thức môi trường nhiều áp lực có thể không đảm bảo tiêu chuẩn chăm sóc y tế cơ bản.*

Bà Brown là một trợ lý hành chính 50 tuổi, làm việc ở phòng cung ứng của một bệnh viện. Bà bị thừa cân. Khi đi ra lấy báo bà bị trượt chân và đập chân vào vòi nước ngoài vườn và bị gãy xương mác. Bà được đưa đến bệnh viện vì chỗ gãy bị sưng, đau và cần phải bó xương. Bà chưa được bó xương ngay vì phòng mổ đang rất bận rộn và trường hợp của bà tương đối nhẹ. Khoa chỉnh hình không còn giường, nên bà được đưa vào một buồng bệnh. Hai ngày sau chỗ xương gãy được nắn lại và bó bột.



Khi bà đứng dậy để đi về thì bị ngã và chết. Khám nghiệm tử thi phát hiện bà đã bị thuyên tắc phổi lớn. Trong suốt quá trình nằm viện người ta không hề kê đơn thuốc heparin hay áp dụng bất cứ biện pháp phòng ngừa nào để ngăn chặn huyết khối tĩnh mạch sâu. Chồng bà được thông báo là vợ ông chết vì có một cục máu đông trong phổi, cục máu này được hình thành ở chân do bị sưng và chấn thương. Người ta không nhắc đến việc bệnh viện đã không áp dụng biện pháp phòng ngừa.

#### Hoạt động

- Xây dựng một lưu đồ về quá trình nhập viện điều trị của Bà Brown từ khi bị tai nạn đến khi tử vong.
- Xác định những nhân viên y tế nào có thể có liên quan đến việc chăm sóc điều trị cho bà Brown.
- Những yếu tố nào đã có thể góp phần gây ra cái chết của bà Brown?

Nguồn: Nghiên cứu tình huống trích từ tài liệu của Runciman B, Merry A, Walton M *Safety and ethics in health care: a guide to getting it right*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2008:78.

**Chuỗi sai sót dẫn đến phẫu thuật răng nhằm vị trí**  
Tình huống này cho thấy các yếu tố tiềm ẩn trong hệ thống có thể dẫn đến sai sót trong chăm sóc bệnh nhân (điểm tập trung cuối cùng).

Một bác sĩ phẫu thuật răng miệng đang tiến hành nhổ chiếc răng hàm thứ ba ở hàm dưới bị chặn lại không mọc lên được. Ở cả hai bên lợi đều không nhìn thấy chiếc răng hàm thứ ba nào.

Theo hồ sơ lâm sàng, cần nhổ chiếc răng hàm thứ ba ở bên phải. Tuy nhiên phim chụp ở đèn đọc phim X-quang hình như cho thấy là chiếc răng hàm thứ ba ở bên phải bị chặn và không có răng hàm thứ ba bên trái.

Bác sĩ phẫu thuật rạch, mở lợi và bắt đầu thủ thuật đục xương. Không thấy chiếc răng hàm bị chặn đâu cả, bác sĩ phẫu thuật mở rộng chỗ đục xương, và cuối cùng nhận ra rằng chẳng có cái răng hàm thứ ba bên phải nào cả, và rằng ông đã nhầm khi xem xét ghi chép lâm sàng để lên kế hoạch mổ. Hơn nữa, người trợ lý nha khoa đã đặt ngược phim lên đèn đọc phim X-quang, thể hiện hàm bên trái thành bên phải.

#### Câu hỏi

- Những yếu tố nào đã có thể góp phần khiến cho bác sĩ chọn sai chiếc răng cần phải nhổ?
- Điều gì có thể khiến cho trợ lý nha khoa đặt ngược phim trên đèn đọc phim X-quang?

- Có thể làm gì để ngăn chặn sai sót đó?

Nguồn: Tình huống do Shan Ellahi, Cố vấn An toàn bệnh nhân, Dịch vụ Cộng đồng Ealing và Harrow, Dịch vụ Y tế quốc gia, London, Vương quốc Anh, cung cấp.

### Công cụ và tài liệu học tập

Công cụ đánh giá hệ thống vi mô trong lâm sàng  
Batalden PB et al. Microsystems in health care: part 9. Developing small clinical units to attain peak performance. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 2003, 29:575–585 (<http://clinicalmicrosystem.org/materials/publications/JQIPart9.pdf>; accessed 20 February 2011).

#### Học cách cải thiện hệ thống y tế phức tạp

Headrick LA. Learning to improve complex systems of care. In: *Collaborative education to ensure patient safety*. Washington, DC, Health Resources and Services Administration/Bureau of Health Professions, 2000: 75–88.

#### Chiến lược tổ chức

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.

Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health care: a guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.

### Chiến lược và hình thức dạy học

#### DVD tương tác



Hội thảo tập huấn *Rút kinh nghiệm từ sai sót* của WHO gồm một đĩa DVD hoặc tệp tin có thể tải từ địa chỉ ([www.who.int/patientsafety/education](http://www.who.int/patientsafety/education)) về tiêm vincristine nội tủy sống, trong đó mô tả một trường hợp tiêm vincristine nội tủy sống cho bệnh nhân và những vấn đề về hệ thống góp phần khiến cho sự cố đó xảy ra. Mục tiêu của hội thảo đó gồm: củng cố nhận thức về nguy cơ tiêm vincristine nội tủy cho bệnh nhân; xây dựng hiểu biết về sự cần thiết phải chú trọng vào an toàn bệnh nhân trong bệnh viện; trang bị cho học viên các kỹ năng góp phần đảm bảo an toàn bệnh nhân và xác định các chính sách và quy trình của địa phương nhằm đảm bảo môi

trường làm việc an toàn hơn. (Hội thảo tập huấn này có thể được áp dụng cho phần lớn các chủ đề trong tài liệu Hướng dẫn Chương trình giảng dạy này).

## Bài giảng về hệ thống và tính phức tạp

### Thảo luận nhóm nhỏ

Có thể thực hiện thảo luận nhóm nhỏ ở nhiều tầng/lớp của hệ thống nơi bạn làm việc.



Nhóm có thể thảo luận về một bài báo chuyên môn có liên quan, như *Nhầm bệnh nhân (The wrong patient)* [19], với giáo viên. Hoặc nhóm có thể chọn một trong các tình huống nêu trên để thảo luận theo quan điểm hệ thống. Nhóm cũng có thể thảo luận về vai trò của các thành viên nhóm như một phần của hoạt động này.



### Các hoạt động khác cho sinh viên

- Theo một bệnh nhân từ khi họ nhập viện cho đến khi xuất viện và xác định các bước và loại hình nhân viên y tế tham gia chăm sóc/ điều trị cho bệnh nhân đó
- Thu xếp cho sinh viên thảo luận nhóm nhỏ với giáo viên về những phát hiện và quan sát của mình.
- Thảo luận về vai trò và chức năng của những người thuộc cách thành phần khác nhau của hệ thống y tế.
- Thăm những thành phần chưa quen thuộc của tổ chức.
- Tham gia hoặc quan sát một buổi phân tích về nguyên nhân gốc.

### Đánh giá kiến thức về chủ đề này

Có thể yêu cầu mỗi sinh viên viết về trải nghiệm của một bệnh nhân, từ quá trình sinh viên đó theo bệnh nhân trong suốt thời gian điều trị.

Có nhiều chiến lược kiểm tra đánh giá phù hợp để sử dụng với chủ đề này, gồm MCQ, tiểu luận, câu hỏi yêu cầu trả lời ngắn BAQ, CBD, và tự đánh giá. Để một sinh viên hoặc một nhóm sinh viên điều hành thảo luận nhóm nhỏ về nhiều tầng/lớp của hệ thống nơi họ làm việc cũng là cách hữu ích để biết họ hiểu vấn đề đến đâu.

### Đánh giá kết quả giảng dạy chủ đề này

Đánh giá là bước quan trọng để xem xét xem buổi dạy đã diễn ra như thế nào và có thể làm tốt hơn ra sao. Tham khảo tóm tắt các nguyên tắc đánh giá quan trọng trong Hướng dẫn cho giáo viên (Phần A).

### Tài liệu tham khảo

1. University of Washington Center for Health Sciences. *Best practices in patient safety education module handbook*. Seattle, Center for Health Sciences, 2005.
2. Australian Council for Safety and Quality in Health Care. *National Patient Safety Education Framework*. Canberra, Commonwealth of Australia, 2005.
3. Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health-care: a guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.
5. Reason JT. *Human error*. New York, Cambridge University Press, 1990.
6. Wu AW. Medical error: the second victim. *British Medical Journal*, 2000, 320:726–727.
7. Medical Event Reporting System for Transfusion Medicine (MERS-TM). Patient Safety and the “Just Culture”: A Primer for Health Care Executives. Prepared by David Marx. New York: Columbia University, 2001.
8. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991; 324:370-376.
9. Joint Commission on Accreditation of Healthcare organizations, editor. *Lexicon: Dictionary of Health Care Terms, Organizations, and Acronyms*. 2nd ed. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation of Health Organizations; 1998.
10. Segen JC. *Current Med Talk: A Dictionary of Medical Terms, Slang & Jargon*. Stanford, CT: Appleton and Lange, 1995.
11. Reason JT. *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Aldershot, UK: Ashgate, 1997.
12. Leape LL. Error in medicine. In: Rosenthal MM, Mulcahy L, Lloyd-Bostock S, eds. *Medical Mishaps: Pieces of the Puzzle*. Buckingham, UK: Open University Press, 1999, pp. 20-38.
13. Committee of Experts on management of Safety and Quality in Health care, Glossary of terms related to patient and medication safety - approved terms. Council of Europe. 2005.
14. Reason JT. *Managing the risks of organisational accidents*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 1997.
15. Flin R, O'Connor P. *Safety at the sharp end: a guide to nontechnical skills*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2008.
16. Cooper N, Forrest K, Cramp P. *Essential guide to generic skills*. Oxford, Blackwell Publishing, 2006.
17. Veteran Affairs (US) National Center for Patient Safety (<http://www.patientsafety.gov/>; accessed 24 May 2011).
18. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *High reliability organization strategy*. Rockville, MD, AHRQ, 2005.
19. Chassin MR. The wrong patient. *Annals of Internal Medicine*, 2002, 136:826–833.

### **Trang hình chiếu cho Chủ đề 3: Nhận thức về hệ thống và tác động của tính phức tạp của hệ thống đối với chăm sóc bệnh nhân**

Các bài giảng lý thuyết không phải bao giờ cũng là cách tốt nhất để dạy sinh viên về an toàn bệnh nhân. Nếu định thực hiện bài giảng lý thuyết, thì nên có kế hoạch cho sinh viên được tương tác và thảo luận trong buổi học. Sử dụng nghiên cứu tình huống là một cách để khơi mào thảo luận nhóm. Một cách khác là hỏi sinh viên các câu hỏi về những khía cạnh khác nhau của chăm sóc y tế, những câu hỏi sẽ dẫn đến các vấn đề có trong chủ đề này, như văn hóa đổ lỗi, tính chất của sai sót và sai sót được quản lý như thế nào trong các ngành công nghiệp khác.

Các trang hình chiếu cho Chủ đề 2 được thiết kế để hỗ trợ giảng viên truyền đạt nội dung của chủ đề này. Có thể thay đổi các trang hình chiếu cho phù hợp với môi trường và văn hóa địa phương. Giảng viên không buộc phải sử dụng tất cả những trang hình chiếu này, và tốt nhất là chỉnh sửa lại chúng theo nội dung của mỗi buổi dạy.



# Chủ đề 4

## Làm thành viên tích cực của nhóm

### Nhóm điều trị không giao tiếp với nhau

Simon, một thanh niên 18 tuổi, được xe cấp cứu đưa đến bệnh viện. Cậu ta tham gia đánh nhau và bị thương nặng ở đầu khi ngã đập đầu xuống vỉa hè. Các nhân viên xe cấp cứu rất bận và không có thời gian để tóm tắt tình trạng của bệnh nhân với nhân viên khoa cấp cứu bệnh viện. Simon không tự khai được tên mình hoặc nói được gì rõ ràng khi một y tá sàng lọc bệnh nhân, và sau đó là một bác sĩ hỏi về tình trạng của cậu. Bác sĩ trực là một bác sĩ tập sự, vừa tốt nghiệp trường y được vài tuần. Buổi trực đêm đó anh không được ai hướng dẫn, và cả bác sĩ trực lẫn các điều dưỡng đều không nhận thức được mức độ nghiêm trọng của vết thương ở đầu của Simon.

Nguồn: National Patient Safety Education Framework, Commonwealth of Australia, 2005.

Trước khi tham gia đánh nhau Simon đã uống rượu, và bác sĩ quyết định rằng cậu chỉ bị say rượu mà thôi; hành vi âm ỉ và hung hăng của Simon càng củng cố chẩn đoán đó. Tuy nhiên hành vi như vậy cũng có thể cho thấy tổn thương đầu nghiêm trọng. Bác sĩ kê thuốc chống buồn nôn cho Simon và đặt cậu dưới sự giám sát. Nhiều lần điều dưỡng và bác sĩ tập sự kiểm tra khả năng phản ứng ngôn ngữ và di chuyển của cậu.

Khá lâu sau, các điều dưỡng ghi lại tình trạng xấu đi của Simon vào bệnh án nhưng không trực tiếp báo với bác sĩ nội trú. Không may là bác sĩ nội trú lại chỉ dựa vào trao đổi bằng lời và không để ý nhiều đến ghi chép trong bệnh án. Simon tử vong sau 4 tiếng rưỡi nhập viện.

### Giới thiệu-Vì sao làm việc nhóm lại có ý nghĩa quan trọng đối với ATBN

Làm việc nhóm hiệu quả trong cung ứng y tế có thể có tác động ngay và tích cực đối với an toàn bệnh nhân [1]. Tầm quan trọng của các nhóm làm việc hiệu quả trong chăm sóc y tế ngày càng tăng do những yếu tố như: (i) mức độ phức tạp và chuyên môn hóa của chăm sóc y tế ngày càng cao; (ii) tỷ lệ các trường hợp mắc đồng thời nhiều loại bệnh ngày càng tăng; (iii) tỷ lệ mắc các bệnh không lây nhiễm ngày càng tăng; (iv) thiếu hụt lực lượng lao động toàn cầu; và (v) các sáng kiến đảm bảo giờ làm việc an toàn.

Một ví dụ điển hình về chăm sóc y tế phức tạp với sự tham gia của nhiều nhóm là việc điều trị cho một thai phụ bị đái tháo đường tiền triển thuyên tắc phổi. Nhóm chăm sóc cho thai phụ đó có thể bao gồm các điều dưỡng, một nữ hộ sinh, một bác sĩ sản, một bác sĩ nội tiết và một bác sĩ hô hấp, và bản thân thai phụ đó. Ngoài ra các y bác sĩ chăm sóc cho thai phụ đó ban

ngày, ban đêm và cuối tuần là những người khác nhau. Trong một bệnh viện thực hành lớn, mỗi lĩnh vực chuyên khoa và chuyên ngành sẽ có những nhóm bác sĩ khác nhau, tất cả đều cần phối hợp chăm sóc với nhau – các điều dưỡng, dược sĩ, chuyên viên trong lĩnh vực liên quan đến y tế và nhóm chăm sóc điều trị chính cho bệnh nhân. Ở những nơi mà nguồn lực hạn chế, nhóm chăm sóc đó có thể chỉ gồm một điều dưỡng, một nữ hộ sinh, một bác sĩ và thai phụ, song việc họ hành động phối hợp và luôn thông tin liên lạc tốt với nhau vẫn không kém quan trọng.

Nhiều sinh viên sẽ quen thuộc với nhóm y khoa thường có ở các bệnh viện lớn. Nhóm y khoa có sự phân chia thứ bậc và bao gồm từ những bác sĩ lâu năm có uy tín nhất đến những người ít kinh nghiệm nhất. Xét từ góc độ của người bệnh, nhóm chăm sóc bao gồm nhiều thành viên hơn nhóm y khoa, trong đó còn có các điều dưỡng và các chuyên viên trong lĩnh vực liên quan đến y tế và các nhân viên của buồng bệnh

tham gia chăm sóc và điều trị cho bệnh nhân.

Chủ đề này công nhận rằng trong những giai đoạn đầu của chương trình đào tạo, sinh viên khó có cơ hội được tham gia làm việc với tư cách thành viên của một nhóm chăm sóc y tế, và thường hiểu rất ít về cơ cấu của các nhóm chăm sóc y tế và cách thức hoạt động hiệu quả của họ. Trong chủ đề này chúng tôi muốn sử dụng kinh nghiệm đã có của sinh viên về làm việc nhóm và hướng tới những nhóm mà họ sẽ ngày càng tham gia nhiều hơn vào những năm học cuối và khi đi thực tập lâm sàng.

#### Từ khóa

Nhóm, giá trị, quan niệm, vai trò và trách nhiệm, cách học, kỹ năng lắng nghe, giải quyết xung đột, vai trò lãnh đạo, giao tiếp hiệu quả.

### Mục tiêu học tập



Sinh viên cần hiểu được tầm quan trọng của làm việc nhóm trong chăm sóc y tế và biết cách trở thành thành viên nhóm tích cực. Khi đã công nhận điều đó, với tư cách một sinh viên, bạn sẽ là thành viên của nhiều nhóm chăm sóc y tế khác nhau.

### Kết quả học tập: kiến thức và thực hành

#### Yêu cầu về kiến thức



Yêu cầu về kiến thức cho chủ đề này bao gồm hiểu biết chung về các loại nhóm trong chăm sóc y tế, các nhóm cải thiện an toàn bệnh nhân như thế nào, các nhóm được hình thành và xây dựng đặc điểm của nhóm làm việc hiệu quả và vai trò lãnh đạo hiệu quả như thế nào, các kỹ thuật giao tiếp cho các nhóm chăm sóc y tế, kỹ thuật giải quyết bất đồng và xung đột, rào cản đối với làm việc nhóm và cách đánh giá mức độ hoàn thành nhiệm vụ của nhóm.

#### Yêu cầu về thực hành



Ứng dụng các nguyên tắc làm việc nhóm sau đây sẽ thúc đẩy chăm sóc y tế hiệu quả.

Lưu ý đến các giá trị và quan niệm của cá nhân tác động thế nào tới cách người đó tương tác với mọi người. Điều này đặc biệt quan trọng khi bệnh nhân và nhân viên y tế có nền tảng văn hóa khác nhau.

- Đề ý đến các thành viên khác của nhóm và cách các yếu tố tâm lý tác động tới tương tác trong nhóm.
- Lưu ý đến tác động của sự thay đổi đối với nhóm.
- Thu hút sự tham gia của bệnh nhân cũng như của người nhà họ nếu phù hợp.
- Sử dụng các kỹ thuật giao tiếp phù hợp.
- Sử dụng các kỹ thuật hỗ trợ lẫn nhau.
- Giải quyết xung đột.
- Cởi mở với các hành vi thay đổi và quan sát.

## Giới thiệu về nhóm chăm sóc y tế

### Nhóm là gì?



Các nhóm có tính chất khác nhau và phức tạp. Xét từ góc độ của bệnh nhân thì nhóm hiệu quả nhất trong chăm sóc y tế là nhóm đa ngành, nhưng nhóm cũng có thể bao gồm các thành viên cùng một chuyên môn. Thành viên nhóm có thể làm việc bên nhau ở cùng một chỗ hoặc được bố trí ở nhiều chỗ khác nhau trong một khu vực địa lý. Một số nhóm có số thành viên cố định, còn số thành viên của một số nhóm khác lại có thể luôn thay đổi. Ví dụ về nhóm bao gồm các ban đồng ca, đội thể thao, đơn vị quân đội, phi hành đoàn và các nhóm ứng phó với tình trạng khẩn cấp. Trong chăm sóc y tế bệnh nhân được điều trị trong nhiều môi trường khác nhau – ở nhà, phòng khám, bệnh viện nhỏ, và bệnh viện thực hành lớn. Ở mỗi nơi như vậy việc các nhóm thông tin liên lạc với nhau và với bệnh nhân như thế nào sẽ quyết định hiệu quả của điều trị và chăm sóc, cũng như quyết định việc thành viên các nhóm cảm thấy thế nào về công việc của mình.

Cho dù tính chất là gì đi nữa, có thể nói là các nhóm chăm sóc y tế có chung một số đặc điểm nhất định.

Trong đó có đặc điểm là thành viên trong nhóm:

- biết vai trò của mình và của những người khác trong nhóm và tương tác với nhau để đạt được mục tiêu chung [2];
- đưa ra quyết định [3];
- xử lý kiến thức và kỹ năng chuyên môn và thường làm việc trong điều kiện khối lượng công việc lớn [4,5];
- hoạt động như một đơn vị thống nhất, do sự phụ thuộc lẫn nhau của nhiệm vụ mà các thành viên trong nhóm thực hiện [6]. Một nhóm làm việc không giống một vài nhóm nhỏ khác, ví dụ như một ủy ban, là những người từ nhiều môi trường khác nhau tập trung lại cho một mục đích chung nào đó và thường không liên quan đến việc trực tiếp chăm sóc bệnh nhân.

Salas định nghĩa nhóm làm việc là:



- một tập hợp gồm từ hai hoặc nhiều người tương tác với nhau một cách tích cực, phụ thuộc và thích ứng với nhau để hoàn thành một mục tiêu/ mục đích/ nhiệm vụ chung, mỗi người trong nhóm được giao các vai trò hoặc chức năng hoạt động và làm thành viên nhóm trong một thời hạn nào đó [7].

Nhân viên y tế được yêu cầu tham gia nhiều ủy ban khác nhau được thành lập để hỗ trợ công tác kiểm soát vấn đề hoặc lập kế hoạch cho các hoạt động; nhưng ủy ban như vậy không phải nhóm làm việc,

## Các loại hình nhóm trong chăm sóc y tế



Trong chăm sóc y tế có nhiều loại hình nhóm làm việc, gồm các phòng khám bệnh đa khoa nông thôn, phòng khám bệnh cho phụ nữ và trẻ em, phòng khám thai sản, khoa chăm sóc tích cực ICU, buồng bệnh, đội chăm sóc sức khỏe ban đầu làm việc tại cộng đồng, các tổ/nhóm thành lập để thực hiện một nhiệm vụ cụ thể, như đội ứng phó tình trạng khẩn cấp, và nhóm đa ngành, như các nhóm đa ngành chăm sóc bệnh nhân ung thư, gồm các nhân viên y tế hợp lại để lập kế hoạch và phối hợp chăm sóc cho một bệnh nhân.

Các nhóm có thể ở cùng một khu vực địa lý, như phòng khám đa khoa nông thôn hay bệnh viện, hoặc thành viên của nhóm có thể rải ở nhiều địa điểm khác nhau, như nhóm đa ngành chăm sóc bệnh nhân ung thư hay đội chăm sóc sức khỏe ban đầu. Thành viên của nhóm có thể cùng chuyên môn hoặc thuộc nhiều chuyên môn khác nhau, kể cả nhân viên hành chính, và bệnh nhân cần được coi là thành phần của nhóm. Vai trò của những người trong một nhóm thay đổi theo những thời điểm khác nhau. Vai trò của các cá nhân trong nhóm thường linh hoạt và tùy theo tình huống. Ví dụ, vai trò lãnh đạo có thể thay đổi tùy theo yêu cầu về kiến thức chuyên môn.

Để hỗ trợ chăm sóc bệnh nhân và cải thiện an toàn bệnh nhân, bệnh nhân và người chăm sóc cho họ ngày càng được coi là thành viên tích cực của nhóm chăm sóc y tế. Vai trò của họ không những quan trọng trong quyết định điều trị chung và tự nguyện chấp thuận điều trị, mà việc thu hút sự tham gia của bệnh nhân vào nhóm còn có thể cải thiện an toàn và chất lượng chăm sóc, vì người bệnh là nguồn thông tin quý giá, bởi họ là người duy nhất trong nhóm luôn luôn có mặt trong suốt quá trình điều trị. Bệnh nhân cũng là người có hiểu biết nhiều nhất về trải nghiệm bệnh tật hoặc tình trạng sức khỏe của chính mình.

Chương trình Team STEPPS™[8] xây dựng ở Hoa Kỳ xác định một số loại hình nhóm khác nhau, song có mối liên hệ qua lại, để hỗ trợ và cung ứng chăm sóc y tế.



### Nhóm nòng cốt

Nhóm nòng cốt gồm các trưởng nhóm và thành viên trực tiếp tham gia chăm sóc điều trị cho bệnh nhân. Thành viên nhóm nòng cốt gồm các nhân viên y tế trực tiếp như điều dưỡng, dược sĩ, bác sĩ, nha sĩ, trợ lý và tất nhiên là cả bệnh nhân hay người chăm sóc bệnh nhân. Những thành viên nhóm này hoạt động từ phòng khám hay buồng bệnh của cơ sở y tế. Các thành viên nòng cốt cũng bao gồm những nhân viên chịu trách nhiệm chăm sóc liên tục cho bệnh nhân, từ khâu khám bệnh đến xuất viện, ví dụ như nhân viên quản lý ca bệnh. Nhóm nòng cốt có thể thường xuyên thay đổi, song luôn bao gồm một bác sĩ và một điều

dưỡng, và tùy theo lĩnh vực chăm sóc, cũng có thể có nhà vật lý trị liệu, nha sĩ và/hoặc dược sĩ.

### Nhóm điều phối

Nhóm điều phối là nhóm chịu trách nhiệm quản lý hoạt động hàng ngày, điều phối các chức năng và quản lý nguồn lực cho các nhóm cốt lõi. Trong bệnh viện thì các điều dưỡng thường đóng vai trò điều phối như vậy. Ở nông thôn hoặc các phòng khám, nhóm điều phối có thể bao gồm cán bộ quản lý dịch vụ, điều dưỡng, bác sĩ hay các nhân viên y tế khác.

### Nhóm lâm thời

Các nhóm lâm thời được thành lập để giải quyết các sự kiện khẩn cấp hoặc cụ thể (ví dụ đội đáp ứng ngừng tim, đội ứng phó thảm họa, đội cấp cứu sản khoa, đội đáp ứng nhanh). Thành viên của nhóm lâm thời lấy từ nhiều nhóm cốt lõi khác nhau.

### Các dịch vụ phụ trợ

Các đội dịch vụ phụ trợ gồm những cá nhân như nhân viên quét dọn hay người giúp việc gia đình, những người thực hiện những công việc cụ thể, trực tiếp trong chăm sóc bệnh nhân hoặc thực hiện các dịch vụ hỗ trợ tạo thuận lợi cho chăm sóc bệnh nhân. Thành viên của những nhóm phụ trợ như vậy không có mặt ở những địa điểm bệnh nhân được chăm sóc thường xuyên.

Các đội dịch vụ phụ trợ chủ yếu là những nhóm cung cấp dịch vụ, và nhiệm vụ của họ là hỗ trợ cho nhóm nòng cốt. Điều đó không có nghĩa là họ không có cùng mục tiêu như của nhóm nòng cốt. Kết quả điều trị thành công cho một bệnh nhân mô đòi hỏi phải có các thông tin chính xác về chế độ ăn uống và chỉ dẫn liên quan đến y lệnh “không qua đường uống”, sao cho bệnh nhân đó không tình cờ được phục vụ thức ăn có thể có nguy cơ gây nghẹn. Nói chung các đội dịch vụ phụ trợ hoạt động độc lập. Thế nhưng cũng có thể có lúc họ cần được coi là một phần của nhóm cốt lõi.

### Dịch vụ hỗ trợ

Các nhóm dịch vụ hỗ trợ gồm các cá nhân cung cấp dịch vụ gián tiếp, cụ thể trong một cơ sở y tế. Thành viên của các nhóm chủ yếu là cung cấp dịch vụ này giúp tạo thuận lợi để bệnh nhân và gia đình họ được trải nghiệm chăm sóc y tế tốt nhất. Vai trò của họ được tích hợp, tức là họ quản lý môi trường, tài sản và hậu cần trong một cơ sở y tế. Các dịch vụ hỗ trợ bao gồm chủ yếu là một nhóm tập trung cung cấp dịch vụ, với nhiệm vụ tạo môi trường chăm sóc y tế hiệu quả, an toàn, thoải mái và sạch sẽ, tác động tới nhóm chăm sóc bệnh nhân, nhận thức thị trường, hiệu suất hoạt động và an toàn bệnh nhân.



### Quản trị

Quản trị bao gồm ban lãnh đạo điều hành một đơn vị hoặc cơ sở y tế, chịu trách nhiệm giải trình suốt 24 giờ/ngày về hoạt động và quản lý của tổ chức. Quản trị hình thành môi trường và văn hóa cho sự phát triển của hệ thống làm việc nhóm bằng cách thiết lập và thông tin về tầm nhìn, xây dựng và củng cố chính sách và cung cấp nguồn lực cần thiết cho việc triển khai thực hiện chính sách thành công, đặt yêu cầu cho nhân viên (vai trò và trách nhiệm), buộc các nhóm phải chịu trách nhiệm giải trình về hoạt động của mình và định nghĩa văn hóa của tổ chức.

### Sử dụng nhóm làm việc giúp cải thiện an toàn bệnh nhân như thế nào



Từ trước đến nay chăm sóc y tế vẫn coi cá nhân thầy thuốc phải chịu hoàn toàn trách nhiệm về việc chăm sóc và điều trị cho một bệnh nhân. Tuy nhiên ngày nay hiếm khi bệnh nhân chỉ được một nhân viên y tế chăm sóc. Trong bối cảnh một hệ thống y tế phức tạp, vấn đề an toàn bệnh nhân công nhận rằng làm việc theo nhóm hiệu quả có ý nghĩa then chốt để giảm thiểu biến cố bất lợi mà nguyên nhân là do thông tin nhầm lẫn với các nhân viên khác cùng tham gia chăm sóc bệnh nhân và do hiểu nhầm về vai trò và trách nhiệm. Bệnh nhân có quan tâm đặc biệt tới việc chăm sóc cho chính họ và cũng phải là thành phần của các kênh thông tin; sự tham gia của bệnh nhân đã được

chứng tỏ là có góp phần giảm thiểu sai sót và biến cố bất lợi tiềm tàng.

Liên kết giữa các kỹ năng mềm, như làm việc nhóm, và các biến cố bất lợi đã được khẳng định [9,10], như trong gánh nặng ngày càng tăng về bệnh mạn tính, tình trạng mắc đồng thời nhiều loại bệnh và dân số già hóa. Những thách thức đó đòi hỏi cách tiếp cận phối hợp và đa ngành trong chăm sóc y tế [11].

Trong một nghiên cứu về đào tạo nhóm, Baker và cộng sự [1] nói rằng công tác đào tạo nhân viên y tế để làm việc nhóm “là một chiến lược thực tế, hiệu quả để củng cố an toàn bệnh nhân và giảm sai sót y khoa.”

Làm việc nhóm đã được liên kết với kết quả được cải thiện ở những lĩnh vực như chăm sóc sức khỏe ban đầu [12] và chăm sóc bệnh nhân ung thư [13]. Làm việc nhóm cũng được liên kết với giảm bớt sai sót [14, 15]. Như được tóm tắt trong Bảng B.4.1, cải thiện làm việc nhóm có thể mang lại nhiều lợi ích khác ngoài kết quả điều trị tốt hơn và an toàn cho bệnh nhân, trong đó có những lợi ích cho cá nhân người hành nghề y trong nhóm và cho cả nhóm, cũng như cho cơ sở y tế [11].

## Bảng B.4.1. Các phương pháp đo lường hiệu quả làm việc nhóm

### Kết quả có thể đo lường được của làm việc hiệu quả theo nhóm

		Lợi ích cá nhân	
Lợi ích cho tổ chức	Lợi ích cho nhóm	Bệnh nhân	Thành viên nhóm
Giảm thời gian và chi phí nằm viện	Cải thiện phối hợp chăm sóc	Tăng mức độ hài lòng với chăm sóc	Tăng mức độ hài lòng với công việc
Giảm số ca nhập viện không dự báo được	Sử dụng dịch vụ chăm sóc y tế có hiệu suất	Chấp nhận điều trị	Vai trò rõ ràng hơn
Khả năng tiếp cận tốt hơn cho bệnh nhân	Củng cố thông tin liên lạc và đa dạng chuyên môn	Kết quả và chất lượng chăm sóc điều trị được cải thiện Giảm sai sót y khoa	Sức khỏe tốt hơn

Nguồn: Trích từ Mickan SM, Rodger SA. *Effective health care teams: a model of six characteristics developed from shared perceptions*. Journal of Interprofessional Care, 2005 [16].

### Nhóm hình thành và phát triển như thế nào



Ở các ngành công nghiệp có nguy cơ cao đã có nhiều nghiên cứu về cách các nhóm hình thành và phát triển. Như thể hiện chi tiết trong Bảng B.4.2, có bốn giai đoạn phát triển nhóm: thành lập nhóm, bảo tập, ổn định; và đi vào hoạt động [17].

**Bảng B.4.2. Các giai đoạn phát triển của nhóm**

Giai đoạn	Định nghĩa
Thành lập nhóm	Với đặc điểm điển hình là sự mơ hồ và bối rối. Thành viên nhóm có thể không thích làm việc với nhau và có thể giao tiếp với thái độ thận trọng, không thật lòng và lạnh nhạt. Họ có thể chưa rõ ràng về nhiệm vụ.
Bão táp	Là giai đoạn khó khăn, có thể có xung đột giữa các thành viên và một vài người phản đối nhiệm vụ được giao. Thành viên trong nhóm có thể cạnh tranh để có các vị trí có quyền hành và có thể có cảm giác chán nản khi thấy không có tiến triển trong thực hiện nhiệm vụ.
Ổn định	Giao tiếp cởi mở giữa các thành viên được thiết lập và nhóm bắt đầu đối mặt với nhiệm vụ trước mắt. Thiết lập các quy trình được mọi người chấp thuận và hình thức liên lạc.
Đi vào hoạt động	Nhóm tập trung chú ý vào đạt được mục tiêu chung. Nhóm lúc này đã gắn bó và hỗ trợ lẫn nhau, cởi mở và tin cậy, sáng tạo và hiệu quả.

Nguồn: Phỏng theo Flin RH, O'Connoer P, Crichton M. *Safety at the sharp end: a guide to nontechnical skills*, 2008 [18].

Tương tự như các ngành công nghiệp khác, nhiều nhóm chăm sóc y tế, như đội cấp cứu hay kíp mổ, bị đòi hỏi phải làm việc cùng nhau và cần phải hoạt động liên tục không có thời gian để thiết lập các mối quan hệ liên nhân và trải qua các giai đoạn thành lập và ổn định như mô tả ở trên

[18]. Vì lý do đó, điều quan trọng là các nhân viên y tế phải biết cách làm một thành viên tích cực trước khi tham gia nhóm. Phần tiếp theo sẽ mô tả các đặc điểm của nhóm làm việc hiệu quả.

### Đặc điểm của nhóm làm việc hiệu quả



Có nhiều mô hình mô tả nhóm làm việc hiệu quả. Về mặt lịch sử những mô hình đó bắt nguồn từ các ngành công nghiệp khác, như quản trị nguồn lực phi hành đoàn (CRM). Khung B.4.1 sẽ nêu các đặc điểm chính của mô hình CRM xây dựng trong ngành hàng không.

#### Khung B.4.1. Tóm tắt quản trị nguồn lực phi hành đoàn (CRM)

##### Áp dụng CRM trong chăm sóc y tế

Mô hình CRM được ngành hàng không phát triển để cải thiện thông tin liên lạc trong khoang lái và triển khai các hệ thống ra quyết định lấy nhóm làm trung tâm. CRM được định nghĩa là “sử dụng tất cả các nguồn lực hiện có – thông tin, trang thiết bị, và con người– để đạt an toàn và hiệu quả cho các hoạt động của chuyến bay.” (The National Transportation Safety Board, USA). CRM đã được sử dụng trong chăm sóc y tế để cải thiện làm việc nhóm và thông tin liên lạc và hướng dẫn các quy trình an toàn khác.

Các nhóm chăm sóc y tế có nhiều hình thức; một số nhóm rất ổn định, nhưng cũng có những nhóm lại rất không ổn định và thành phần thường thay đổi. Mỗi thành viên của nhóm sẽ có nhiều mức hiểu biết và kỹ năng khác nhau cần phải thích ứng. Mickan và Roger [16] đã mô tả những đặc điểm làm cơ sở cho các nhóm chăm sóc y tế hiệu quả, cho dù đó là nhóm ổn định hay không ổn định, như sau:

##### Mục đích chung

Thành viên nhóm đưa ra một mục đích chung và được xác định rõ ràng, bao gồm lợi ích tập thể và thể hiện quyền sở hữu chung.

##### Mục tiêu có thể đo lường được

Các nhóm đặt ra mục tiêu có thể đo lường được và tập trung vào nhiệm vụ của nhóm.

##### Lãnh đạo hiệu quả

Các nhóm đòi hỏi phải có người lãnh đạo hiệu quả, đặt ra và duy trì cơ cấu nhóm, quản trị xung đột, lắng nghe ý kiến của các thành viên, tin tưởng và hỗ trợ các thành viên. Các tác giả cũng nêu bật tầm quan trọng của việc các thành viên trong nhóm phải nhất trí và chia sẻ các chức năng lãnh đạo.

##### Giao tiếp hiệu quả

Các nhóm chăm sóc y tế tốt nhanh chóng và thường xuyên chia sẻ ý tưởng và thông tin, lưu giữ hồ sơ giấy tờ và dành thời gian để nhóm rút kinh nghiệm. Một số phân tích chi tiết giao tiếp trong nhóm đa ngành (giữa các chuyên ngành, chứ không chỉ giữa các chuyên khoa y tế) đã tập trung vào các nhóm có nguy cơ cao, như trong ngoại khoa [19, 20].

##### Gắn bó

Các nhóm gắn bó có tinh thần đồng đội và sự tận tâm đặc biệt và rất dễ nhận thấy, tồn tại được lâu hơn vì thành viên trong nhóm muốn tiếp tục làm việc với nhau.

### Tôn trọng lẫn nhau

Các nhóm làm việc hiệu quả có thành viên biết tôn trọng tài năng và quan điểm của nhau ngoài những đóng góp về chuyên môn. Nhóm làm việc hiệu quả cũng chấp nhận và khuyến khích ý kiến đa dạng của các thành viên.

### Các yêu cầu thêm

Những yêu cầu thêm cho nhóm làm việc hiệu quả gồm [8, 18, 21]:

- khả năng thực hiện các nhiệm vụ riêng biệt (kể cả kỹ năng chuyên môn cá nhân và kỹ năng làm việc nhóm);
- động cơ thúc đẩy làm nhiệm vụ;
- sự linh hoạt;
- khả năng giám sát kết quả thực hiện nhiệm vụ của chính mình;
- giải quyết hiệu quả và rút kinh nghiệm từ xung đột;
- tham gia giám sát tình huống.



### Vai trò lãnh đạo

Lãnh đạo hiệu quả là đặc điểm chủ chốt của một nhóm làm việc hiệu quả. Những người lãnh đạo của nhóm làm việc hiệu quả tạo thuận lợi, chỉ dẫn và điều phối hoạt động của các thành viên khác trong nhóm bằng cách:

- chấp nhận vai trò lãnh đạo;
- yêu cầu giúp đỡ khi cần;
- luôn kiểm soát tình huống;
- thiết lập ưu tiên và ra quyết định;
- sử dụng nguồn lực để đảm bảo kết quả làm việc tốt nhất;
- giải quyết các xung đột trong nhóm;
- cân bằng khối lượng công việc trong nhóm;
- phân công nhiệm vụ cho mọi người;
- tổ chức họp, hội ý và kiểm tra;
- trao quyền cho thành viên nhóm được phát biểu thẳng thắn và nêu vấn đề;
- tổ chức hoạt động cải thiện và tập huấn cho nhóm;
- khuyến khích các thành viên khác trong nhóm và duy trì văn hóa nhóm tích cực;
- đảm bảo cả nhóm đi đúng hướng và đạt kết quả dự kiến.

Coi bệnh nhân là thành viên nhóm là một khái niệm mới mẻ. Từ xưa đến nay vai trò của bệnh nhân thường chỉ là người thụ động hưởng chăm sóc y tế. Nhưng chúng ta biết rằng bệnh nhân cũng đóng góp kỹ năng và hiểu biết của họ về tình trạng sức khỏe và bệnh tật của mình. Sinh viên có thể bắt đầu thể hiện vai trò lãnh đạo trong lĩnh vực này bằng cách cố gắng đưa bệnh nhân và gia đình họ tham gia vào nhóm điều trị càng nhiều càng tốt. Thực hiện giao tiếp bằng mắt với bệnh nhân, kiểm tra và khẳng định thông

tin và tìm thêm thông tin khi đi buồng hoặc khám bệnh ở phòng khám. Mời bệnh nhân tham gia kiểm tra an toàn để đảm bảo là thông tin chính xác và có sẵn thông tin đầy đủ cho mọi người trong nhóm.

### Kỹ thuật giao tiếp cho nhóm chăm sóc y tế



Nhà văn Anh gốc Ai len, George Bernard Shaw, có một câu nói nổi tiếng, “Vấn đề lớn nhất với giao tiếp là ảo tưởng rằng giao tiếp đã thực hiện thành công”. Kỹ năng giao tiếp tốt là cốt lõi của an toàn bệnh nhân và làm việc nhóm hiệu quả. Những chiến lược sau có thể giúp thành viên nhóm chia sẻ thông tin một cách chính xác và đảm bảo chú trọng vào thông tin đang được truyền tải. Hãy sử dụng công cụ gọi là ISBAR (**G**ới thiệu, **T**ình hình, **T**hông tin cơ bản, **Đ**ánh giá, **Đ**ề xuất) mới được đưa ra áp dụng trong thời gian gần đây để cải thiện việc giới thiệu chuyển tuyến qua điện thoại của sinh viên y khoa trong môi trường mô phỏng thực tế ảo [22].

Mô tả và những ví dụ tình huống dưới đây được lấy từ chương trình TeamSTEPPS™ [8].

### ISBAR

ISBAR là kỹ thuật truyền tải thông tin quan trọng về lo ngại của bệnh nhân cần được chú ý và hành động ngay lập tức. Kỹ thuật này nhằm đảm bảo thông tin và mức độ lo ngại chính xác được trao đổi giữa các nhân viên y tế.

### Giới thiệu

“Tên tôi là Mary Smith và tôi là điều dưỡng chăm sóc Bà Joseph, nằm ở giường số 5, buồng 4.”

### Tình hình

Chuyện gì đang xảy ra với bệnh nhân?

“Tôi gọi điện báo về trường hợp của Bà Joseph ở phòng 251. Bà ấy lại vừa bị một cơn khó thở.”

### Thông tin cơ bản

Thông tin cơ bản và hoàn cảnh lâm sàng thế nào?

“Bệnh nhân nữ 62 tuổi ở ngày thứ nhất sau phẫu thuật bụng. Không có tiền sử bệnh tim hay bệnh phổi.”

### Đánh giá

Theo tôi vấn đề là gì?

“Tiếng rì rào phế nang bên phải giảm và thấy đau.

Muốn loại trừ chẩn đoán tràn khí màng phổi.”

### Đề xuất

Tôi nên làm gì để giải quyết vấn đề?

“Tôi thấy bệnh nhân cần được khám ngay. Bác sĩ có thể đến ngay được không?”

Nếu thành viên của nhóm chăm sóc sức khỏe không hài lòng với đáp ứng cho yêu cầu của mình là phải thăm khám ngay cho bệnh nhân, họ có thể tìm sự hỗ trợ hoặc lời khuyên của một người có nhiều kinh nghiệm hơn.

#### Gọi to

Gọi to là một chiến lược quan trọng để cùng lúc chuyển thông tin quan trọng hoặc khẩn cấp cho tất cả các thành viên trong nhóm trong những tình huống khẩn cấp. Kỹ thuật này giúp các thành viên nhóm dự liệu được các bước tiếp theo và hướng trách nhiệm vào một cá nhân có trách nhiệm thực hiện nhiệm vụ đó. Dưới đây là ví dụ về việc gọi to trao đổi giữa một lãnh đạo nhóm và một bác sĩ nội trú

Lãnh đạo nhóm: *Đường thở thế nào?*

BS nội trú: *Đường thở thông.*

Lãnh đạo nhóm: *Rì rào phế nang?*

BS nội trú: *Rì rào phế nang bên phải giảm.*

Lãnh đạo nhóm: *Áp huyết?*

BS nội trú: *Áp huyết 96/92.*

#### Kiểm tra lại

Đây là một kỹ thuật đơn giản để đảm bảo người nhận

hiểu đúng thông tin mà người gửi muốn truyền tải [23]:

Bước 1: Người gửi phát đi thông tin.

Bước 2: Người nhận nhận thông tin và phản hồi.

Bước 3: Người gửi kiểm tra lại để đảm bảo thông tin đã được hiểu đúng.

Bác sĩ: *Cho uống Benadryl IV push 25 mg.*

Điều dưỡng: *Benadryl IV push 25 mg a?*

Bác sĩ: *Đúng thế.*

#### Bàn giao trách nhiệm chăm sóc bệnh nhân

Bàn giao trách nhiệm chăm sóc bệnh nhân là thời điểm quan trọng để trao đổi chính xác thông tin. Sai sót trong thông tin liên lạc có thể dẫn đến hậu quả là bệnh nhân không được điều trị đúng và có thể phải hứng chịu kết quả bất lợi. Bàn giao trong chăm sóc lâm sàng nói tới quy trình chuyển giao tạm thời hoặc chuyển giao hẳn trách nhiệm và trách nhiệm giải trình về chuyên môn, về một số khía cạnh của việc chăm sóc cho một bệnh nhân hoặc nhóm bệnh nhân, cho một người khác hoặc một nhóm chuyên môn khác.

“*Tôi chuyển gậy chạy tiếp sức*” là chiến lược giúp thực hiện chuyển giao trách nhiệm chăm sóc bệnh nhân kịp thời và chính xác.

I	Giới thiệu	Tự giới thiệu, vai trò, công việc và tên của bệnh nhân
P	Bệnh nhân	Tên, chi tiết nhận dạng, tuổi, giới tính, vị trí
A	Đánh giá	Vấn đề chính là gì, sinh hiệu, triệu chứng và chẩn đoán
S	Tình hình	Tình trạng/hoàn cảnh hiện tại, kể cả lựa chọn phương pháp hồi sức cấp cứu của bệnh nhân, mức độ (không) rõ ràng, những thay đổi gần đây và đáp ứng điều trị
S	Quan ngại về an toàn	Kết quả/báo cáo xét nghiệm quan trọng, các yếu tố kinh tế-xã hội, tình trạng dị ứng và dấu hiệu cảnh báo
Gậy	Thông tin cơ bản	Mắc đồng thời nhiều loại bệnh, những đợt điều trị trước, các loại thuốc đang dùng và tiền sử gia đình
Chạy	Hành động	Những hành động nào đã được thực hiện hoặc cần được thực hiện? Giải thích vấn đề
Tiếp	Sắp xếp thời gian	Mức độ cấp bách, rõ ràng về thời điểm và hành động cần ưu tiên
Sức	Làm chủ	Xác định người chịu trách nhiệm (cá nhân/nhóm), kể cả bệnh nhân/gia đình bệnh nhân
	Tiếp theo	Điều gì sẽ xảy ra tiếp theo? Dự liệu thay đổi? Kế hoạch là gì? Có kế hoạch dự phòng không?

## Giải quyết bất đồng và xung đột



Khả năng giải quyết bất đồng và xung đột trong nhóm có ý nghĩa quan trọng đối với thành công của làm việc nhóm. Giải quyết những vấn đề này có thể vô cùng khó khăn đối với những thành viên non nớt trong nhóm, như sinh viên, hay trong những nhóm có tính chất thứ bậc chặt chẽ.

Tuy nhiên điều quan trọng đối với tất cả thành viên trong nhóm là họ có thể có ý kiến khi nhận thấy điều gì đó có thể tác động đến an toàn của bệnh nhân.

Những quy tắc sau đã được xây dựng để giúp thành viên trong nhóm bày tỏ quan ngại phù hợp với vị trí của mình.

### An toàn về tâm lý

Đây là mức độ mọi người nhận thấy môi trường làm việc của mình có lợi cho việc chấp nhận mạo hiểm trong mối quan hệ liên nhân [24].

### Quy tắc nhắc lại hai lần

Quy tắc nhắc lại hai lần được xây dựng để trao quyền cho mọi thành viên của nhóm nhằm dừng lại một hoạt động nếu họ cảm thấy hoặc phát hiện có sự vi phạm quy tắc an toàn cơ bản. Có thể có những lúc một thành viên có ý kiến, song bị phớt lờ hoặc bỏ qua không xem xét. Điều đó đòi hỏi thành viên nhóm phải nói lên quan ngại của mình bằng cách nhắc lại quan ngại đó ít nhất hai lần nữa nếu lần đầu bị bỏ qua (do đó gọi là quy tắc nhắc lại hai lần). Hai nỗ lực thêm này có thể là của người có ý kiến lần đầu, hoặc của hai thành viên khác trong nhóm:

Lần nhắc lại thứ nhất có thể dưới dạng câu hỏi.

Điều dưỡng: *Tôi lo lắng về tình trạng của Bà Jones ở giường số 23. Trông bà ấy không được khỏe và triệu chứng khác với những triệu chứng thường thấy ở bà ấy. Bác sĩ có thể khám cho bà ấy được không?*

Lần nhắc lại thứ hai cần ủng hộ cho lo ngại của thành viên đầu tiên.

Điều dưỡng: *Tôi thực sự thấy lo về tình trạng của bà Jones. Triệu chứng của bà ấy làm tôi lo lắng. Tôi nghĩ bà ấy cần được khám ngay.*

Hãy nhớ rằng quy tắc này nhằm hỗ trợ cho bệnh nhân. Mẹo nhắc lại hai lần này nhằm mục đích đảm bảo sự bày tỏ quan ngại đã được lắng nghe, hiểu và công nhận.

Thành viên nhóm được nhắc nhở phải công nhận những quan ngại đó.

Bác sĩ: *Như những gì anh/chị nói thì anh/chị có vẻ khá lo lắng về bà Jones. Tôi sẽ khám ngay cho bà ấy.*

Nếu nhắc lại hai lần mà vẫn không mang lại thay đổi hoặc chấp nhận, người có quan ngại cần có hành động mạnh mẽ hơn bằng cách nói chuyện với người giám sát hoặc người có thứ bậc quyền lực cao hơn mình một nấc.

### CUS

CUS là viết tắt cho quy trình ba bước để hỗ trợ mọi người ngăn chặn một hành động có vấn đề.

Tôi lo lắng (Concerned)  
Tôi thấy không thoải mái (Uncomfortable)  
Đây là vấn đề an toàn (Safety issue)

### Kịch bản DESC

DESC mô tả một quy trình xây dựng để giải quyết xung đột. Mục tiêu là đạt được sự nhất trí.

Mô tả (Describe) tình huống hoặc hành vi cụ thể và đưa ra bằng chứng hoặc số liệu chắc chắn.

Bày tỏ (Express) tình huống đó làm cho bạn cảm thấy thế nào và điều bạn lo ngại là gì.

Đề xuất (Suggest) các giải pháp thay thế và tìm kiếm sự nhất trí.

Nêu rõ Hậu quả (Consequences) đối với mục tiêu đã đề ra của nhóm hoặc đối với an toàn bệnh nhân.

### Thách thức đối với nhóm làm việc hiệu quả



Có một số rào cản đối với việc thiết lập và duy trì nhóm làm việc hiệu quả trong chăm sóc y tế. Dưới đây là mô tả một số rào cản đó

### Vai trò thay đổi

Trong nhiều môi trường y tế có những thay đổi đáng kể và sự chồng chéo về vai trò mà các nhân viên y tế khác nhau đảm nhiệm. Ví dụ như những thay đổi trong vai trò của nữ hộ sinh, của bác sĩ đọc phim X-quang, của điều dưỡng thực hiện nội soi đại tràng, nha sĩ thực hiện việc nhổ răng và các quy trình chữa răng đơn giản, và chuyên viên điều dưỡng thực hành, chuyên viên điều dưỡng hộ sản và dược sĩ kê đơn thuốc. Những vai trò thay đổi đó có thể mang đến thách thức cho các nhóm chăm sóc y tế về mặt phân công và công nhận vai trò. Ngoài ra còn có thể có những thành viên không có bất kỳ bằng cấp chuyên môn cụ thể nào, như trợ lý nha khoa hay trợ lý điều dưỡng. Những người đó là thành viên quan trọng của nhóm và cần được hướng dẫn và hỗ trợ bình đẳng như các thành viên khác. Trong một số trường hợp họ có thể được yêu cầu thực hiện những nhiệm vụ mà mình chưa được đào tạo để làm. Nếu việc đó xảy ra họ cần được chuẩn bị và hỗ trợ đầy đủ,

### Môi trường thay đổi

Bản chất của chăm sóc y tế là thay đổi nhiều cách, trong đó có cung ứng chăm sóc y tế cho các bệnh mạn tính tại cộng đồng và chuyển việc thực hiện nhiều thủ thuật ngoại khoa đến các trung tâm phẫu thuật ngoại trú. Những thay đổi đó đòi hỏi phải xây dựng các nhóm chăm sóc y tế mới và thay đổi những nhóm hiện có.

### Hệ thống cấp bậc trong y tế

Chăm sóc y tế về bản chất có tính phân cấp thứ bậc cao, và điều đó có thể phản tác dụng đối với những nhóm hoạt động tốt và hiệu quả, trong đó quan điểm của mọi thành viên đều cần được coi trọng; trường nhóm không nhất thiết phải là bác sĩ. Mặc dù ngày càng có sự công nhận rằng làm việc nhóm rất quan trọng trong chăm sóc y tế, điều đó vẫn chưa dẫn đến thay đổi trong thực hành, nhất là ở những nước mà chuẩn mực văn hóa trong giao tiếp vẫn chưa được thể hiện tự nhiên trong làm việc nhóm.



### Bản chất cá nhân của chăm sóc y tế

Nhiều chuyên môn y tế, như điều dưỡng, nha khoa và y khoa, dựa trên mối quan hệ cá nhân-cá nhân tách biệt giữa thầy thuốc và bệnh nhân. Mặc dù mối quan hệ này vẫn có giá trị cốt lõi, song nó đang bị thách thức bởi nhiều quan niệm về làm việc nhóm và chia sẻ trách nhiệm chăm sóc bệnh nhân. Có thể thấy hiện tượng đó ở nhiều cấp độ, từ việc nhân viên lâm sàng không sẵn sàng chia sẻ việc chăm sóc bệnh nhân của mình cho tới các đề xuất y tế-pháp lý của chăm sóc theo nhóm.



### Sự thiếu ổn định của nhóm

Như đã đề cập ở phần trước, các nhóm chăm sóc y tế thường có tính chất tạm thời, chỉ tập hợp lại để thực hiện một nhiệm vụ hoặc sự kiện cụ thể (ví dụ các đội đáp ứng ngừng tim). Tính chất tạm thời của những nhóm như vậy nhấn mạnh vào chất lượng đào tạo của các thành viên trong nhóm, mang lại những thách thức riêng trong chăm sóc y tế, một lĩnh vực mà giáo dục và đào tạo nhân viên y tế thường ít được quan tâm đúng mức vì nhân viên chỉ tập trung vào cung ứng dịch vụ.

### Tai nạn trong các ngành công nghiệp khác

Nghiên cứu những sự cố đáng chú ý như thảm họa hàng không đã xác định được ba loại hình thất bại chính của làm việc nhóm góp phần dẫn đến tai nạn, đó là định nghĩa vai trò không rõ ràng, thiếu phối hợp rõ ràng và các sai lệch trong giao tiếp. [18,25].

### Đánh giá kết quả làm việc của nhóm

Đánh giá kết quả làm việc của nhóm là một bước quan trọng để cải thiện hoạt động của nhóm. Đã có một số công cụ đánh giá làm việc nhóm [18, 26, 27]. Có thể đánh giá các nhóm trong môi trường mô phỏng, bằng cách quan sát trực tiếp thực hành của họ hoặc sử dụng bài tập làm việc nhóm, như mô tả trong phần hướng dẫn làm việc nhóm.

Nhóm có thể được đánh giá ở mức kết quả hoàn thành nhiệm vụ cá nhân trong nhóm hoặc ở cấp độ nhóm. Đánh giá có thể do một chuyên gia thực hiện, hoặc xếp hạng qua bình xét.

Sau khi đánh giá kết quả thực hiện nhiệm vụ của nhóm, thực hiện phân tích cách học hay kỹ năng giải quyết vấn đề của các cá nhân mang trong làm việc nhóm cũng có thể hữu ích [28].

### Tóm tắt yêu cầu về kiến thức

Làm việc nhóm hiệu quả không phải là kỹ năng tự nhiên có được, mà đòi hỏi phải có hiểu biết về đặc điểm của nhóm thành công, cũng như hiểu biết về cách thức hoạt động của nhóm và làm thế nào để duy trì hoạt động nhóm hiệu quả. Có nhiều công cụ đã được xây dựng

để thúc đẩy giao tiếp và kết quả làm việc của nhóm, gồm ISBAR, gọi to, kiểm tra lại và “Tôi chuyên gây chạy tiếp sức”.



## Những điều sinh viên cần làm

### Để áp dụng nguyên tắc làm việc nhóm

Sinh viên có thể áp dụng các nguyên tắc làm việc nhóm ngay khi bắt đầu nhập học. Nhiều chương trình đào tạo cán bộ y tế được tổ chức theo cách tiếp cận giải quyết vấn đề (PBL) hoặc các buổi thảo luận nhóm nhỏ trong đó sinh viên được yêu cầu phải làm việc theo nhóm để xây dựng hiểu biết và giải quyết vấn đề. Thông qua các hoạt động đó sinh viên có thể bắt đầu hiểu cách các nhóm hoạt động như thế nào và điều gì giúp tạo thành nhóm học tập hiệu quả. Học cách chia sẻ thông tin, giáo án và các ghi chép bài giảng là tập dượt để chia sẻ thông tin về bệnh nhân hoặc khách hàng.

### Hãy ý thức các giá trị và nhận định của mình có tác động thế nào tới tương tác giữa các thành viên khác trong nhóm

Sinh viên học hỏi bằng cách quan sát những nhân viên y tế khác tương tác với nhau như thế nào. Họ sẽ nhận ra rằng mặc dù một nhóm có thể gồm nhiều người với tính cách và phong cách làm việc khác nhau, song điều đó không nhất thiết sẽ làm cho nhóm hoạt động ít hiệu quả hơn, mà đúng ra các ưu và nhược điểm của thành viên khác nhau trong nhóm có thể tạo thuận lợi cho cung ứng chăm sóc y tế chất lượng cao và an toàn.

### Hãy ý thức vai trò của các thành viên trong nhóm và các yếu tố tâm lý có tác động thế nào tới tương tác trong nhóm, và nhận thức được tác động của thay đổi đối với các thành viên

Sinh viên (và các nhân viên lâm sàng đang hành nghề) sẽ có thể luôn cảm thấy khó có thể đánh giá cao các vai trò khác nhau mà nhân viên y tế đảm nhận trong nhóm, hoặc cách các nhóm đáp ứng với thay đổi hay các yếu tố tâm lý. Sinh viên có thể được khuyến khích quan sát các nhóm một cách có hệ thống, quan sát vai trò mà các cá nhân khác nhau đảm nhận và việc phân công những vai trò này liên quan thế nào tới tính cách cá nhân và nghề nghiệp của mỗi thành viên trong nhóm. Sinh viên có thể được khuyến khích trao đổi với các thành viên trong nhóm về trải nghiệm của họ về làm việc nhóm. Giảng viên có thể đảm bảo sao cho sinh viên được tham gia vào nhóm và giao các vai trò để họ có thể quan sát các quy trình này từ bên trong. Điều cốt yếu là tất cả các thành



viên nhóm hiểu vai trò và chức năng của các chuyên môn khác nhau, để thiết lập được quy trình giới thiệu chuyên khoa/tuyên và điều trị cho bệnh nhân.

**Thu hút sự tham gia của bệnh nhân như một thành viên của nhóm chăm sóc**

Khi sinh viên đang hỏi chuyện bệnh nhân để lấy thông tin bệnh sử, thực hiện thủ thuật hoặc cung cấp can thiệp điều trị cho bệnh nhân, họ nên dành thời gian giao tiếp và làm quen với bệnh nhân. Có thể nói với bệnh nhân mình đang làm gì hoặc trò chuyện về những điều mà bệnh nhân hoặc người chăm sóc có thể đang lo lắng hoặc quan ngại. Sinh viên có thể tích cực thu hút sự tham gia của bệnh nhân khi đi buồng ở phòng khám hoặc buồng bệnh bằng cách mời họ tham gia ngay lúc đi buồng hoặc trao đổi với nhóm xem có thể để bệnh nhân tham gia vào các cuộc trao đổi về điều trị đó như thế nào.

**Sử dụng các kỹ thuật hỗ trợ lẫn nhau, giải quyết xung đột, sử dụng các kỹ thuật giao tiếp thích hợp và thay đổi, quan sát hành vi**

Sinh viên có thể thực hành tất cả những khả năng đó trong khi làm việc với bạn học trong các nhóm học tập hay trong các nhóm chăm sóc y tế trong những năm cuối của chương trình đào tạo và khi họ ngày càng tham gia nhiều hơn vào hoạt động chăm sóc bệnh nhân. Nhiều bài tập làm việc nhóm có thể được sử dụng với các nhóm sinh viên và thầy thuốc để nghiên cứu phong cách lãnh đạo, kỹ thuật giải quyết xung đột và kỹ năng giao tiếp, như đề cập chi tiết dưới đây. Mức độ trải nghiệm hoặc quan sát những bài tập này của sinh viên phụ thuộc vào việc các nhân viên y tế cảm thấy an toàn như thế nào khi nêu vấn đề hoặc khó khăn với nhóm hoặc với trưởng nhóm.

Có một số gợi ý thiết thực giúp sinh viên cải thiện kỹ năng giao tiếp. Sinh viên có thể bắt đầu thực hành cách làm việc nhóm tốt ngay khi bắt đầu vào trường. Giao tiếp rõ ràng và tôn trọng là nền tảng cho làm việc nhóm hiệu quả. Luôn tự giới thiệu với bệnh nhân và nhóm hoặc với những người bạn làm việc cùng, cho dù bạn sẽ chỉ làm việc với họ trong vài phút. Hãy hỏi và nhớ tên của các thành viên nhóm khi làm việc. Một số người không buồn nhớ tên những thành viên nhóm ít có mặt, như chuyên viên của các lĩnh vực liên quan đến y tế, vì cho rằng họ không quan trọng. Song thành viên nhóm sẽ có quan hệ tốt hơn với những người khác trong nhóm nếu họ thuộc tên nhau chứ không gọi nhau bằng chức danh nghề nghiệp, như ‘điều dưỡng’ hay ‘trợ lý’. Khi phân công nhiệm vụ cho mọi người hãy nhìn thẳng vào họ và đảm bảo họ nắm được thông tin, để tạo điều kiện cho họ hoàn thành nhiệm vụ đó. Nói với một người mà không nhìn vào họ là thực hành không an toàn, vì có thể mọi người không biết bạn đang nói với ai. Hãy sử dụng ngôn ngữ có tính khách quan chứ không chủ quan.

Hãy nhắc lại hướng dẫn và kết thúc vòng giao tiếp liên quan đến thông tin về chăm sóc bệnh nhân. Nói ra điều hiển nhiên để tránh nhầm lẫn.

Điều dưỡng: Ông Brown sẽ được chụp X-quang.

Sinh viên: *Vậy bây giờ chúng ta đưa ông Brown đi chụp X-quang.*

Hỏi lại cho rõ nếu có điều gì đó không hợp lý. Tiếp tục hỏi và làm rõ thông tin. Làm rõ vai trò của bạn trong các tình huống khác nhau.

Điều dưỡng: Ông Brown sẽ được chụp X-quang.

Sinh viên: *Vậy bây giờ chúng ta đưa ông Brown đi chụp X-quang.*

Điều dưỡng: Ừ.

Sinh viên: *Ai sẽ đưa ông Brown đi chụp X-quang?*

Hãy quyết đoán khi cần. Điều này khó với mọi người, song nếu bệnh nhân có nguy cơ bị tổn thương nghiêm trọng, thì nhân viên y tế, kể cả sinh viên, phải lên tiếng. Về lâu dài các nhân viên lâm sàng lâu năm sẽ rất biết ơn nếu một trong những bệnh nhân của họ tránh được biến cố bất lợi nghiêm trọng. Khi xung đột xảy ra, thì hãy tập trung vào “điều gì” đúng đắn cho bệnh nhân, chứ không phải là xác định “ai” đúng hay sai.

Chỉ dẫn cho nhóm trước khi thực hiện một hoạt động nhóm và phỏng vấn mọi người sau khi thực hiện. Làm như vậy sẽ khuyến khích nhóm đóng góp vào thảo luận về cách thực hiện nhiệm vụ và điều gì cần phải làm khác đi hay tốt hơn trong lần sau.

## Nghiên cứu tình huống

### Trực trực giao tiếp trong nhóm

*Nghiên cứu tình huống này cho thấy làm việc nhóm kém có thể góp phần gây hại cho bệnh nhân như thế nào.*

Một bác sĩ chuẩn bị kết thúc tuần làm việc đầu tiên của mình ở khoa cấp cứu. Ca trực của anh ta kết thúc trước đó một giờ, nhưng khoa cấp cứu đang rất nhiều việc và bác sĩ thực tập chuyên khoa hỏi anh có thể khám cho một bệnh nhân cuối cùng nữa không. Đó là một thanh niên 18 tuổi. Thanh niên đó đến bệnh viện cùng bố mẹ, và bố mẹ cậu ta chắc chắn là cậu đã uống thuốc quá liều. Bà mẹ đã tìm thấy một lọ thuốc paracetamol trống trơn, mà lọ thuốc đó hôm trước còn đầy. Trước đó cậu thanh niên cũng đã có lần uống thuốc quá liều và phải được một bác sĩ tâm lý theo dõi. Song cậu ta khẳng khái là mình chỉ uống vài viên vì thấy đau đầu. Cậu ta nói số thuốc còn lại rơi xuống sàn nên mình đã vứt đi. Cha mẹ cậu ta nói họ tìm thấy lọ thuốc rỗng sáu tiếng trước và cảm thấy chắc chắn rằng con mình mới chỉ uống thuốc nhiều nhất là bốn tiếng trước khi họ tìm thấy cái lọ (tức là 10 tiếng trước).

Bác sĩ giải thích là rửa dạ dày sẽ không có tác dụng. Anh cho xét nghiệm máu để xác định nồng độ paracetamol và salicylate trong máu. Bác sĩ yêu cầu phòng xét nghiệm gọi điện thông báo kết quả cho khoa cấp cứu càng sớm càng tốt. Một sinh viên điều dưỡng trực ở bàn điện thoại khi nhân viên phòng xét nghiệm gọi đến. Cô sinh viên ghi lại kết quả xét nghiệm vào sổ tin nhắn. Nồng độ salicylate âm tính. Khi báo đến nồng độ paracetamol, kỹ thuật viên xét nghiệm nói “Hai”, rồi ngừng lại một chút và nói tiếp “một ba”. “Hai phẩy mười ba,” sinh viên điều dưỡng nhắc lại và cúp máy. Cô sinh viên

điều dưỡng ghi “2,13” vào sổ. Kỹ thuật viên xét nghiệm không nói mức đó là độc hại và cũng không kiểm tra lại xem cô sinh viên điều dưỡng đã nghe đúng kết quả chưa. Khi bác sĩ đến bàn trực điện thoại, điều dưỡng đọc kết quả xét nghiệm trong sổ cho anh. Bác sĩ kiểm tra lại trên biểu đồ anh nhìn thấy trước đó trên bảng thông báo chỉ dẫn cách điều trị uống thuốc quá liều.

Trên bảng thông báo không có quy trình quản lý các ca uống quá liều paracetamol, song có chỉ dẫn trong một bản ghi nhớ. Biểu đồ cho thấy là nồng độ 2,13 ở rất xa dưới mức cần phải điều trị. Bác sĩ thoáng nghĩ đến chuyện hỏi ý kiến bác sĩ thực tập chuyên khoa, song trông cô ấy rất bận. Thế là bác sĩ nói với người sinh viên điều dưỡng bệnh nhân cần được lưu lại qua đêm để hôm sau bác sĩ tâm lý sẽ xem lại trường hợp của cậu ta. Bác sĩ hết ca và ra về trước khi bản in kết quả được gửi đến từ phòng xét nghiệm, trên đó ghi “mức paracetamol: 213”. Cho đến hai hôm sau vẫn không ai phát hiện ra sai sót đó, và đến lúc đó thì bệnh nhân đã bắt đầu có triệu chứng suy gan không thể cứu vãn được nữa. Không thể tìm được người hiến gan để ghép và một tuần sau bệnh nhân chết. Nếu bệnh nhân được điều trị ngay khi đến phòng cấp cứu, thì cậu ta đã không chết.

Ngày thứ Hai tuần sau, khi bắt đầu ca làm việc tiếp theo của mình, bác sĩ được chuyên gia tư vấn thông báo về chuyện xảy ra; anh bàng hoàng. Anh thú nhận là mình không biết rằng kết quả kiểm tra nồng độ paracetamol không bao giờ là số thập phân. Vì chưa đọc quy trình nên anh cũng không biết là có thể bắt đầu điều trị cho bệnh nhân ngay cả khi phòng xét nghiệm chưa gửi kết quả về nồng độ paracetamol, vì cần nhớ rằng tiền sử của bệnh nhân, mặc dù có mâu thuẫn, cho thấy Bệnh nhân rất có thể đã uống rất nhiều paracetamol. Quy kết trách nhiệm cho một mình bác sĩ, cho cô sinh viên điều dưỡng hay kỹ thuật viên phòng xét nghiệm là không công bằng. Yếu kém thực sự là sự thiếu vắng thủ tục kiểm tra an toàn trong hệ thống liên lạc báo và nhận kết quả xét nghiệm. Ít nhất đã có ba người mắc một loạt sai sót nhỏ và hệ thống đã không phát hiện được.

#### *Hoạt động*

- Vẽ biểu đồ về dòng thông tin giữa các nhân viên y tế trong câu chuyện này và nêu bật các điểm thất bại trong thông tin liên lạc.

- Hãy thảo luận xem bác sĩ và sinh viên điều dưỡng cảm thấy thế nào và làm thế nào để hỗ trợ họ trả lời các câu hỏi về vụ việc mà không đổ lỗi.

Nguồn: Cơ quan an toàn bệnh nhân quốc gia Anh (NPSA). London, Bộ Y tế, 2005. Bản quyền và các quyền sở hữu trí tuệ khác trong tài liệu này thuộc về NPSA. NPSA ủy quyền cho các tổ chức y tế sử dụng tài liệu này cho mục đích giáo dục và phi thương mại.

#### **Thất bại trong chuyển giao thông tin giữa các nhân viên và khẳng định giá thiết, dẫn đến kết quả bất lợi đối với bệnh nhân**

*Ví dụ này cho thấy quan hệ quyền lực giữa các bác sĩ ngoại khoa tập sự và sự di chuyển của nhân viên y tế ra vào phòng mổ có thể dẫn đến biến cố bất lợi như thế nào.*

Trước ca phẫu thuật nối tắt dạ dày bệnh nhân được đưa vào phòng mổ, một điều dưỡng báo lại với điều dưỡng thứ hai rằng bệnh nhân bị dị ứng với “morphine và ghim phẫu thuật”. Thông tin này được nhắc lại cho bác sĩ mổ chính và bác sĩ gây mê trước khi bắt đầu ca mổ.

Khi ca mổ gần kết thúc, bác sĩ mổ chính rời phòng mổ, để bác sĩ chuyên khoa sâu và hai bác sĩ nội trú hoàn thành nốt. Sau đó đến lượt bác sĩ chuyên khoa sâu bỏ ra ngoài, để hai bác sĩ nội trú đóng vết mổ. Hai bác sĩ nội trú dùng ghim phẫu thuật khâu nối vết rạch dài trên bụng bệnh nhân. Họ cũng dùng ghim phẫu thuật khâu nối các vết mổ nội soi ổ bụng. Khi bác sĩ nội trú bắt đầu kẹp ghim phẫu thuật, một sinh viên y khoa lấy một tờ giấy từ biểu đồ của bệnh nhân và mang tới chỗ các bác sĩ nội trú. Sinh viên này vỗ vào vai một trong hai bác sĩ nội trú, giơ tờ giấy cho cô bác sĩ đọc và nói rằng bệnh nhân dị ứng với ghim phẫu thuật. Cô bác sĩ nội trú nhìn tờ giấy và nói “Làm sao có thể dị ứng với ghim phẫu thuật được cơ chứ”.

Bác sĩ mổ chính quay lại phòng mổ khi hai bác sĩ nội trú đang kẹp những ghim cuối cùng. Ông thấy hai bác sĩ nội trú đã dùng ghim khâu nối các vết mổ và bảo họ bệnh nhân không muốn dùng ghim phẫu thuật. Ông cũng bảo họ phải tháo hết ghim ra và khâu lại vết mổ. Ông xin lỗi vì đã sơ suất không thông báo với họ về tình trạng dị ứng này của bệnh nhân. Một trong hai bác sĩ nội trú hỏi liệu người ta có thể dị ứng với ghim phẫu thuật được không và bác sĩ mổ chính nói “Có hay không cũng không sao. Bệnh nhân tin bà ấy dị ứng với ghim phẫu thuật”. Bác sĩ mổ chính bảo hai bác sĩ nội trú là họ

phải tháo hết ghim phẫu thuật đi và khâu lại vết mổ. Họ phải mất thêm 30 phút nữa để hoàn thành.

#### *Thảo luận*

– Thảo luận xem tình huống trên thể hiện tầm quan trọng của giao tiếp rõ ràng giữa tất cả các thành viên trong nhóm như thế nào, cũng như thể hiện vấn đề nhu cầu và ý muốn của bệnh nhân ra sao.

---

Nguồn: Hướng dẫn chương trình giảng dạy cho các trường y khoa của WHO. Tình huống do Phó giáo sư Lorelei Lingard, Đại học Toronto, Toronto, Ca-na-đa, cung cấp.

#### **Hồi sức cấp cứu đòi hỏi làm việc nhóm**

*Tình huống này minh họa tầm quan trọng của sự chuẩn bị sẵn sàng thực hiện một ca hồi sức tim phổi hiệu quả.*

Simon, một cán bộ y tế, đang ăn trưa ở quán cà phê. Đang ăn dở, anh nghe thông báo trên hệ thống thông báo công cộng về một ca ngừng tim. Anh vội chạy vào thang máy để lên khoa cấp cứu ở tầng 5. Lúc đó là giờ cao điểm và thang máy chật cứng người. Khi anh tới chỗ bệnh nhân, một điều dưỡng đã đẩy cáng chở bệnh nhân bị ngừng tim còn một điều dưỡng khác đang giữ mặt nạ ô-xy cho bệnh nhân.

“Áp huyết, mạch, nhịp tim thế nào?” bác sĩ hỏi to.

Một điều dưỡng quán băng quán tay của máy đo huyết áp và bắt đầu bóp bóng bơm hơi. Người điều dưỡng đang giữ mặt nạ ô-xy cố tìm mạch trên cổ tay bệnh nhân. Simon gọi mang màn hình máy điện tâm đồ đến đo cho bệnh nhân và yêu cầu hạ đầu giường thấp xuống. Hai điều dưỡng cố gắng làm theo lệnh của anh; một người thôi không cố đo huyết áp nữa và hạ đầu giường xuống. Hành động đó làm cho mặt nạ ô-xy rơi ra ngoài khi dây ô xy bị mắc vào cạnh giường.

Simon bối rối. Anh không biết nhịp tim của bệnh nhân thế nào. Bệnh nhân dường như đã ngừng thở. Máy đo nhịp tim hiển thị và cho thấy hiện tượng rung tâm thất.

“Điện cực và 50 joules”, Simon gọi to. Hai điều dưỡng nhìn anh và hỏi “Gi cơ ạ?” “Điện cực và 50 joules, nhanh lên!” Simon đáp lại. “Gọi bác sĩ, bác sĩ nào cũng được, đến đây giúp tôi!” anh hét lên.

Họ đã không thể làm cho bệnh nhân tỉnh lại.

#### *Hoạt động*

– Mô tả tình huống rồi ren này một cách rõ ràng. Xác định các yếu tố chính và kết quả.

---

Nguồn: Hướng dẫn chương trình giảng dạy cho các trường y khoa của WHO. Tình huống do Ranjit De Alwis, Giảng viên chính, Đại học y quốc tế, Kuala Lumpur, Malaysia, cung cấp.

#### **Mọi người trong nhóm đều hữu ích**

*Ví dụ này cho thấy một sáng kiến như chỉ dẫn trước phẫu thuật cho ekip mổ có thể tạo cơ hội cho các thành viên nhóm cung cấp thông tin có tác động tới kết quả điều trị cho bệnh nhân như thế nào.*

*Chỉ dẫn trước phẫu thuật cho ekip mổ là một cuộc hội ý ngắn với sự tham gia của điều dưỡng, các bác sĩ mổ và bác sĩ gây mê trước khi tiến hành phẫu thuật, với mục đích thảo luận tầm quan trọng của các vấn đề liên quan đến bệnh nhân và quy trình thủ tục.*

Khi chuẩn bị cho một ca phẫu thuật cắt trước và hồi tràng, ekip mổ đa ngành gặp để hội ý. Bác sĩ mổ hỏi điều dưỡng xem cô có gì cần nói không. Điều dưỡng nói là bệnh nhân lo về tình trạng thoát vị của mình. Để trả lời cho lo ngại đó, bác sĩ mổ hỏi bệnh nhân (lúc đó vẫn còn tỉnh) về tình trạng thoát vị của bà. Sau đó bác sĩ mổ giải thích cho ekip mổ ông sẽ tiến hành phẫu thuật tránh chỗ thoát vị như thế nào và ông có thể sẽ dùng lưới để giữ.

#### *Câu hỏi*

– Phòng mổ có phải là nơi để thảo luận với một bệnh nhân hầu như chắc chắn đã dùng thuốc trước phẫu thuật không?

– Bệnh nhân đó có thể đưa ra cam kết chấp nhận điều trị kiểu gì? “bệnh nhân lo về tình trạng thoát vị của mình” có nghĩa là gì?

– Theo bạn đúng ra điều dưỡng nên cung cấp thông tin đó trước khi bệnh nhân được đưa tới phòng mổ?

– Thông tin đó có nên được lưu vào hồ sơ bệnh án để theo dõi không?

---

Nguồn: Hướng dẫn chương trình giảng dạy cho các trường y khoa của WHO. Tình huống do Phó giáo sư Lorelei Lingard, Đại học Toronto, Toronto, Ca-na-đa, cung cấp.

#### **Cấp cứu trong phòng nha khoa**

*Nghiên cứu tính huống này cho thấy tầm quan trọng của việc tất cả các thành viên trong nhóm phải được chuẩn bị tốt để phối hợp làm việc trong trường hợp cấp cứu.*

Trong một ca nhổ răng hàm, bệnh nhân bắt đầu toát mồ hôi và mặt tái nhợt. Bệnh nhân yêu cầu nha sĩ dừng lại vì cô cảm thấy nôn nao.

Nha sĩ thôi không tiếp tục nhổ răng nữa và cho bệnh nhân nằm thẳng, kê chân cô cao lên. Sau đó nha sĩ bắt mạch cho bệnh nhân và yêu cầu lấy dụng cụ cấp cứu.

Cô trợ lý nha khoa mới vào làm việc ở trung tâm y tế chưa lâu. Chưa ai nói cho cô biết dụng cụ cấp cứu để ở đâu. Cô rời khỏi phòng nha khoa để đi tìm dụng cụ cấp cứu, để nha sĩ lại một mình với bệnh nhân.

Tình trạng lâm sàng của bệnh nhân xấu đi nhanh chóng. Còn lại một mình trong phòng khám với bệnh nhân và không có dụng cụ cấp cứu, nha sĩ chạy ra ngoài gọi người giúp.

Hai phút sau nha sĩ quay lại với trợ lý nha khoa (cô đã tìm được chỗ cất dụng cụ cấp cứu) và hai đồng nghiệp.

Lúc này bệnh nhân có vẻ đã ngừng thở. Các nha sĩ tiến hành hồi sức tim phổi (CPR) cho bệnh nhân. Trợ lý nha khoa gọi xe cấp cứu.

Nhưng họ đã không cứu được bệnh nhân đó.

#### *Câu hỏi*

- Có những yếu tố nào liên quan đến sự cố này?
- Những cách giao tiếp tốt hơn giữa các thành viên kíp mổ có thể đã giúp ngăn chặn trường hợp từ vong này là gì?

Nguồn: Tình huống do Shan Ellahi, Cố vấn An toàn bệnh nhân, Dịch vụ Cộng đồng Ealing và Harrow, Dịch vụ Y tế quốc gia, London, Vương quốc Anh, cung cấp.

### **Chiến lược và hình thức dạy học**

Chủ đề bao gồm một số chiến lược học và thực hành làm việc nhóm. Những nhóm làm việc hiệu quả không tự nhiên mà có và có nhiều lý thuyết cơ bản có thể được giảng theo kiểu dạy lý thuyết. Yêu cầu về kiến thức liệt kê ở trên là cơ sở để dạy về lý thuyết.

Vì một trong những cách hữu hiệu nhất để học về làm việc nhóm là tham gia vào một nhóm nào đó, nên chúng tôi đưa ra một số hoạt động có thể thực hiện với các nhóm nhỏ sinh viên và với nguồn lực hạn chế. Và vì sinh viên thường có rất ít kinh nghiệm tham gia trong các nhóm làm việc, chúng tôi đưa ra một số hoạt động để sinh viên có thể nhận xét về trải nghiệm làm việc nhóm không liên quan đến y tế.

Để giúp sinh viên làm quen với các nhóm chăm sóc y tế thực sự, chúng tôi cũng đưa ra một số hoạt động dự tính trước các loại hình nhóm mà sinh viên sẽ ngày càng gặp nhiều trong thực tế đào tạo và nghề nghiệp của mình.

Việc xem xét lại cách đào tạo làm việc nhóm xây dựng cho sinh viên y tế và các bác sĩ mới ra trường được thực hiện gần đây cho thấy việc dạy các kỹ năng làm việc nhóm cho sinh viên và bác sĩ mới ra trường tương đối có hiệu quả trong thời gian ngắn và sẽ có hiệu quả hơn nhiều khi các nguyên tắc làm việc nhóm được giảng dạy trong chương trình đào tạo [29].

Bất cứ chương trình giáo dục và đào tạo nào cũng phải cân nhắc đến hành vi phù hợp với văn hóa địa phương xét về hành động góp ý với người trên trong nhóm và bản chất của các quan hệ thứ bậc ở một nước.

Chúng tôi kết luận phần này với thảo luận về giáo dục đa ngành có thể là một lựa chọn để cân nhắc áp dụng (hoặc không) trong chương trình đào tạo của trường bạn.

### **Giáo dục làm việc nhóm trong suốt khóa học**

Trong suốt chương trình đào tạo một năm, có rất nhiều cơ hội để phân tầng hoạt động dạy và học về làm việc nhóm. Ví dụ một chương trình đào tạo có thể được cấu trúc như sau:

#### *Những năm đầu*

Dạy lý thuyết về:



- Cơ sở của làm việc nhóm và phong cách học;
- Các loại hình nhóm trong chăm sóc y tế;
- Các phong cách học khác nhau

Hoạt động nhóm nhỏ với trọng tâm:



- Xây dựng kỹ năng làm việc nhóm cơ bản;
- Đánh giá các phong cách học và giải quyết vấn đề;
- Nhận xét về kinh nghiệm làm việc ở các nhóm ngoài lĩnh vực y tế;
- Vai trò của nhiều nhóm chăm sóc y tế khác nhau.

#### *Những năm giữa và năm cuối*

Giảng lý thuyết về:



- Vai trò và trách nhiệm của các nhân viên y tế trong nhóm;
- Đặc điểm của nhóm làm việc hiệu quả;
- chiến lược để vượt qua rào cản nhằm đảm bảo hiệu quả làm việc nhóm.

Hoạt động nhóm nhỏ, gồm:



- Sự tham gia của nhiều nghề nghiệp;
- Nhận xét về trải nghiệm khi tham gia các nhóm chăm sóc y tế với tư cách là sinh viên;
- Mô phỏng làm việc nhóm trong môi trường chăm sóc y tế (mức độ mô phỏng giống nhiều hoặc ít).



## Hoạt động giảng dạy

### Có sự tham gia của khuôn mẫu thực

Do làm việc nhóm không phải lúc nào cũng được công nhận hoặc đánh giá cao trong những môi trường y tế mà sinh viên tham gia, nên điều quan trọng là phải thu hút được sự tham gia của những mẫu mực về vai trò lâm sàng trong giáo dục về làm việc nhóm. Nếu có thể thì hãy lựa chọn những nhân viên lâm sàng nổi tiếng là làm việc hiệu quả trong nhóm đa ngành để làm khuôn mẫu cho sinh viên học theo. Lý tưởng nhất là những người làm khuôn mẫu này giúp thể hiện những khía cạnh khác nhau của lý thuyết cơ sở của làm việc nhóm và đưa ra ví dụ về trải nghiệm của chính họ. Nếu có thể thì nên dùng các khuôn mẫu từ nhiều chuyên môn y tế khác nhau.

### Hoạt động nhận xét về trải nghiệm làm việc nhóm

Một phương pháp đơn giản để giới thiệu các khái niệm làm việc nhóm cho sinh viên là cho sinh viên nhận xét về những nhóm mà họ có thể đã tham gia khi còn học phổ thông hoặc học đại học. Những nhóm đó có thể là các đội thể thao, nhóm làm việc, ban đồng ca, v.v. Bài tập nhận xét có thể gồm việc xây dựng khảo sát đơn giản dùng để nêu những câu hỏi liên quan đến làm việc nhóm.

Bài tập nhận xét cũng có thể được thực hiện với các ví dụ về thất bại hoặc thành công của làm việc nhóm mang tính thời sự hoặc đang được quan tâm ở cộng đồng địa phương. Cũng có thể bao gồm việc xây dựng các cuộc thi hoặc thảo luận nhóm về các bài báo mô tả thất bại của các đội thể thao liên quan đến thất bại của làm việc nhóm, hoặc các ví dụ nổi bật về sai sót lâm sàng do thất bại trong làm việc nhóm. Cũng có thể sử dụng những nghiên cứu tình huống minh họa cho chủ đề này để nhận xét về thất bại trong làm việc nhóm.

Những ví dụ nổi bật về thất bại và thành công trong làm việc nhóm ngoài ngành y tế, như các vụ tai nạn máy bay hay sự cố nhà máy điện hạt nhân, thường được sử dụng trong giảng dạy các nguyên tắc làm việc nhóm. Trong sách của của Flin và cộng sự [18] có mô tả chi tiết một số ví dụ đó.

### Bài tập xây dựng nhóm

Có rất nhiều hoạt động có thể giúp thúc đẩy hiểu biết về các mối quan hệ trong nhóm và phong cách học tập khác nhau. Chỉ cần tìm trên mạng Internet cũng thấy rất nhiều ví dụ. Những ví dụ đó có thể hữu ích cho bất kỳ thành viên nhóm nào và không đòi hỏi phải có kiến thức về chăm sóc y tế hay làm việc nhóm. Những bài tập này có thể rất vui và thường có thêm hiệu quả là gắn kết các nhóm sinh viên với nhau.

Hãy nhớ là một trong những phần quan trọng nhất của bất cứ bài học xây dựng nhóm nào là trao đổi sau khi hoàn thành bài tập. Mục đích của việc đó là nhận xét về những vấn đề có hiệu quả đối với nhóm, để củng cố những hành vi hiệu quả. Nhóm cũng cần nhận xét về những khó khăn và thách thức mà mình gặp phải. Các chiến lược quản lý những thách thức đó cần được nghiên cứu và thực hành trong những buổi sau.

### Xây tháp bằng báo: một ví dụ về bài tập xây dựng nhóm

Đây là một ví dụ về bài tập tương tác không đòi hỏi phải có tiếp xúc trực tiếp và có thể thực hiện theo nhiều cách tùy theo số lượng thành viên trong nhóm và thời gian thực hiện.

Chia sinh viên thành những nhóm từ 2–6 người. Chia cho mỗi nhóm một số tờ báo nhất định (càng ít càng khó xây tháp, 20–30 tờ báo là đủ cho một bài tập 10–15 phút), và một cuộn băng dính. Nhiệm vụ của các nhóm là dùng báo và băng dính xây một tòa tháp thật cao trong khoảng thời gian được giao. Mục đích của bài tập là thể hiện tầm quan trọng của việc lập kế hoạch (thời gian, phương pháp xây dựng, sự sáng tạo) và hiệu quả tạo động cơ học tập của nhiệm vụ nhóm. Hướng dẫn cần phải rõ ràng. Ví dụ tòa tháp có phải đứng một mình hay được chống đỡ? Thế nào cũng được, không sao; điều cơ bản là bất kỳ vấn đề nào tác động đến kết quả của nhiệm vụ đều phải được giải thích rõ ràng.

Bạn có thể phân phát bao nhiêu tờ báo tùy ý, tùy theo mục tiêu chính của bài tập và, ở chừng mực nào đó, tùy vào thời gian dành cho bài tập và số sinh viên trong mỗi nhóm. Quy tắc chung là nhóm càng nhỏ càng dùng ít báo và ít thời gian cho bài tập hơn. Ít thời gian, nhóm đông và nhiều báo sẽ chỉ càng lộn xộn hơn. Bài tập này có thể rất lý tưởng để minh họa cho sự cần thiết của vai trò lãnh đạo và quản lý. Nếu trọng tâm không phải là vai trò lãnh đạo và phương pháp quản lý giai đoạn xây dựng kế hoạch, thì tránh kết hợp số lượng báo ít và nhóm lớn. Nhóm nhỏ không cần nhiều báo, trừ phi bạn đưa ra quy định là phải dùng hết nguyên vật liệu, nhằm gây áp lực cho giai đoạn lập kế hoạch và thiết kế.

### Môi trường chăm sóc y tế mô phỏng

Mô phỏng ngày càng được sử dụng nhiều trong học tập và thực hành làm việc nhóm trong chăm sóc y tế. Môi trường mô phỏng rất lý tưởng cho học tập vì chúng kết hợp yếu tố an toàn—không có bệnh nhân thật—với khả năng tăng hoặc giảm tốc độ phát triển của kịch bản, đặc biệt nếu sử dụng kỹ thuật mô phỏng với người nộm. Mô phỏng rất lý tưởng cho bài tập làm việc nhóm, vì tầm quan trọng của hành vi làm việc nhóm tốt được thể hiện đặc biệt rõ trong tình huống khẩn cấp, gấp gáp về thời gian. Ngoài ra sinh viên còn có cơ hội trải nghiệm cảm giác xử trí tình huống trong thời gian thực.



Lý tưởng nhất là có thể dùng môi trường mô phỏng để tìm hiểu về làm việc nhóm, với các nhóm hỗn hợp nhiều nhân viên y tế. Khi tìm hiểu về làm việc nhóm, trọng tâm không phải là kỹ năng chuyên môn của sinh viên, mà là khả năng tương tác và giao tiếp với nhau của họ. Cách tốt nhất để đảm bảo đó luôn là trọng tâm của bài tập là cho phép sinh viên đồng thời học và thực hành các khía cạnh chuyên môn của kịch bản trước khi vào tình huống thực, thường là qua một buổi tập huấn ban đầu theo quy trình. Nếu nhóm vẫn chưa nắm vững kiến thức và kỹ năng cơ bản, thì cơ hội thảo luận về làm việc nhóm có thể sẽ mất, vì sẽ có nhiều vấn đề lâm sàng và kỹ thuật phải thảo luận. Song nếu sinh viên được tập luyện kỹ các khía cạnh chuyên môn của kịch bản từ trước rồi thì thách thức sẽ là làm thế nào để ứng dụng những gì đã biết vào hành động nhóm. Trong trường hợp đó bài tập mô phỏng sẽ trở thành cơ hội rất tốt để khám phá các khía cạnh kỹ thuật của kịch bản, tức là công việc của nhóm, vai trò lãnh đạo và các vấn đề giao tiếp xuất hiện khi tình huống tiến triển [18].

Cũng như đối với các bài tập xây dựng nhóm khác đã đề cập ở trên, điều tối quan trọng là phải thực hiện việc phỏng vấn các thành viên nhóm để tìm hiểu về cung cách thực hiện nhiệm vụ của nhóm: những việc làm hiệu quả, vì sao, khó khăn là gì và vì sao, và cần phải làm gì để cải thiện kết quả hoạt động nhóm trong những lần tới. Nếu sinh viên thuộc các chuyên ngành y tế khác nhau cùng tham gia trong bài tập mô phỏng, thì trong buổi phỏng vấn cũng cần phải thảo luận về các vai trò, quan điểm và thách thức khác nhau của mỗi chuyên ngành.

Hạn chế chính của kiểu bài tập mô phỏng là cần nhiều nguồn lực, nhất là trong trường hợp sử dụng người nộm điều khiển bằng vi tính và/hoặc muốn cố gắng làm cho môi trường dạy học giống hệt môi trường lâm sàng.

#### **Tham gia vào nhóm chăm sóc y tế**

Sinh viên, nhất là sinh viên những năm cuối, cần được khuyến khích tham gia các loại hình nhóm chăm sóc y tế khác nhau mỗi khi có cơ hội. Nếu các nhân viên lâm sàng của một khoa hoặc phòng khám nào đó duy trì cách tiếp cận silo truyền thống (không phải cách tiếp cận đa ngành) đối với chăm sóc y tế, thì cũng không nên để điều đó cản trở sinh viên tham gia nhóm làm việc với các nhân viên y tế khác. Giáo viên cần xác định được những nhóm có thể sẵn lòng chấp nhận cho sinh viên tham gia và lý tưởng nhất là cho sinh viên một vai trò tham dự nào đó trong công việc. Những nhóm như vậy có thể là các nhóm lập kế

hoạch chăm sóc đa ngành đã hoạt động ổn định, như các nhóm ở bệnh viện sức khỏe tâm thần hay ung thư, hay những nhóm hay thay đổi hơn, như ở các khoa cấp cứu. Cũng có thể là các nhóm chăm sóc sức khỏe ban đầu ở cộng đồng.

Điều quan trọng đối với sinh viên là phải nhận xét về trải nghiệm làm việc trong nhóm chăm sóc y tế và chia sẻ trải nghiệm với bạn học và giáo viên. Làm như vậy sẽ tạo cơ hội để trao đổi về các khía cạnh tích cực và tiêu cực của trải nghiệm đó. Cần yêu cầu sinh viên xác định những nhóm kiểu mẫu, và giải thích vì sao họ nghĩ những nhóm đó có thể được coi là kiểu mẫu. Cần khích lệ sinh viên đưa ra những câu hỏi như:

- Điểm mạnh của nhóm đó là gì?
- Có đại diện của những chuyên ngành nào trong nhóm và vai trò của họ là gì?
- Nhóm có mục tiêu rõ ràng không?
- Nhóm có một người lãnh đạo rõ ràng không?
- Tất cả thành viên có được phép tham gia không?
- Các thành viên trong nhóm giao tiếp với nhau thế nào?
- Làm sao sinh viên thấy được sự cải thiện của nhóm?
- Bệnh nhân có được tham gia vào nhóm không?
- Kết quả làm việc thế nào và có hiệu quả không?

Cần yêu cầu sinh viên tìm hiểu và nhận xét về các lĩnh vực của làm việc nhóm từng đã xảy ra sai sót, như thông tin liên lạc giữa nhân viên y tế thực hiện chăm sóc ban đầu - và nhân viên chăm sóc kế tiếp- hoặc trong quá trình bàn giao trách nhiệm chăm sóc bệnh nhân.

Cũng có thể cho sinh viên tham gia hội thảo với một nhóm đa ngành để trao đổi về cách thức hoạt động và phối hợp nhóm.

#### **Giáo dục liên ngành**

Không thể thảo luận về làm việc nhóm trong y tế mà không nhắc tới vai trò của giáo dục liên ngành (IPE) trong đào tạo đại học về y tế.

Trọng tâm của IPE là đào tạo các thầy thuốc thực hành cho thực hành nhóm hiệu quả, bằng cách đưa sinh viên từ các chuyên ngành khác nhau đến với nhau trong quá trình đào tạo đại học để học hỏi lẫn nhau và cùng nhau. Làm như vậy sẽ giúp sinh viên học cách tôn trọng và hiểu giá trị của các vai trò khác nhau của nhân viên y tế trước khi tham gia các nhóm chuyên ngành.

Mặc dù có những lý lẽ thuyết phục rằng IPE trong giáo dục đại học sẽ cải thiện được hiệu quả làm việc nhóm sau này, song nghiên cứu ủng hộ cho lý lẽ đó vẫn chưa có tính thuyết phục.

Các trường đại học đã áp dụng các cách tiếp cận khác nhau để đưa IPE vào chương trình đào tạo của mình, tùy theo nguồn lực hiện có, theo các chương trình đào tạo đại học sẵn có và mức độ ủng hộ đối với khái niệm đó của các cấp lãnh đạo. Các cách tiếp cận bao gồm từ tái cấu trúc toàn bộ và liên kết tất cả các chương trình đào tạo y tế bằng cách thêm vào các hợp phần và hoạt động IPE để bổ sung cho chương trình đào tạo hiện có nếu có cơ hội.

Mục đích của việc giới thiệu các tài liệu và hoạt động trong tài liệu Hướng dẫn này là mong muốn chúng giúp ích cho việc giảng dạy cho sinh viên trong một lĩnh vực chuyên môn cụ thể, cũng như cho các nhóm sinh viên đa chuyên ngành.

Dưới đây là danh mục tài liệu về IPE và các đường link với những trường đại học đã áp dụng IPE trong chương trình đào tạo của họ.

### Công cụ và tài liệu học tập (IPE)

Greiner AC, Knebel E, eds. *Health professions education: a bridge to quality*. Washington, DC, National Academies Press, 2003.

Almgren G et al. *Best practices in patient safety education: module handbook*. Seattle, University of Washington Center for Health Sciences Interprofessional Education, 2004.

Những trường đại học đã áp dụng các sáng kiến về IPE gồm:

- Khoa Khoa học sức khỏe, Đại học Linköping, Thụy Điển. (<http://www.hu.liu.se/?l=en>; accessed 20 February 2011).
- Trường Y, Đại học British Columbia, Canada. (<http://www.chd.ubc.ca/>; accessed 20 February 2011).

Có thể tìm các trò chơi xây dựng nhóm trên web site: <http://www.businessballs.com/teambuildinggames.htm>; accessed 20 February 2011.

### Tóm tắt

Tóm lại, đào tạo làm việc nhóm cho sinh viên các chuyên ngành y tế có thể dựa trên nhiều kỹ thuật khác nhau, nhiều trong số đó có thể thực hiện trong lớp học hoặc môi trường mô phỏng có độ chính xác thấp.

Lý tưởng nhất là sinh viên cần được tham gia vào các nhóm làm việc thực sự và học hỏi qua kinh nghiệm và nhận xét dưới sự hướng dẫn của giáo viên, và đào tạo làm việc nhóm cần tập trung vào càng nhiều nguyên tắc làm việc nhóm hiệu quả càng tốt.

## Công cụ và tài liệu học tập

**TeamSTEPPS™: Chiến lược và công cụ củng cố kết quả hoạt động và an toàn bệnh nhân (Strategies and tools to enhance performance and patient safety).** Bộ Quốc phòng Hoa Kỳ phối hợp với Cơ quan nghiên cứu và Quản lý Chất lượng chăm sóc sức khỏe Hoa Kỳ (AHRQ) (<http://teamstepps.ahrq.gov/abouttoolsmaterials.htm>; accessed 20 February 2011). TeamSTEPPS™ cũng bao gồm một số video truy cập miễn phí.

**Bộ công cụ SBAR** có trên web site của TeamSTEPPS ([http://www.ahrq.gov/teamsteppstools/instructor/fundamentals/module6/igcommunication.htm#sbar\\_sl9](http://www.ahrq.gov/teamsteppstools/instructor/fundamentals/module6/igcommunication.htm#sbar_sl9); accessed 14 November 2010).

### Đánh giá kiến thức về chủ đề này

Có thể áp dụng nhiều phương thức đánh giá làm việc nhóm. Có thể sử dụng MCQ để tìm hiểu về các thành phần kiến thức. Có thể dùng nhật ký (portfolio) để ghi lại và nhận xét hoạt động nhóm trong chương trình đào tạo.

Cần thiết kể những bài tập cụ thể để đưa yêu cầu làm việc nhóm cho sinh viên. Bài tập có thể bao gồm yêu cầu sinh viên hoàn thành bản nhận xét về một dự án y tế hoặc không liên quan đến y tế hoặc giảng viên gợi ý một dự án như lập kế hoạch xây dựng căn hộ cho một người khuyết tật phải ngồi xe lăn hay lập kế hoạch xây dựng một chương trình tiếp cận cộng đồng về vệ sinh răng miệng. Khi thiết kế bài tập cho sinh viên cần lưu ý chú trọng nhiều hơn vào cách sinh viên làm việc với nhau chứ không phải là kết quả của dự án.

Những bài tập về sau sẽ càng phức tạp hơn. Sinh viên có thể nhận xét về một nhóm làm việc mà họ đã tham gia và đưa ra đề xuất xây dựng giúp nhóm đó làm việc hiệu quả hơn.

Bài tập viết có thể là yêu cầu theo dấu các chức năng của nhóm bằng cách theo dõi quá trình điều trị của một bệnh nhân trong cơ sở y tế trong một khoảng thời gian nhất định hoặc theo dõi quá trình làm việc của một nhân viên y tế và nhận xét nhân viên đó đã tham gia hoặc phối hợp làm việc với bao nhiêu nhóm khác nhau, và vai trò của nhân viên đó ở mỗi nhóm là gì.

Cũng có thể yêu cầu các nhóm sinh viên phát hiện một vấn đề an toàn bệnh nhân, thu thập số liệu về vấn đề đó, phân tích và mô tả các can thiệp có thể ngăn ngừa hoặc giảm thiểu tác động của vấn đề.

Tùy vào nguồn lực sẵn có, cũng có thể sử dụng các bài tập mô phỏng cho đánh giá quá trình và đánh giá tổng kết về làm việc nhóm trong chăm sóc y tế. Lý tưởng nhất là một số đánh giá cần yêu cầu sinh viên của nhiều chuyên môn y tế làm việc với nhau.

## Đánh giá kết quả giảng dạy chủ đề này

Giống như bất kỳ bài tập đánh giá nào, cần phải xem xét nhiều giai đoạn đánh giá, bao gồm:

- Phân tích nhu cầu (hay đánh giá triển vọng) để quyết định hiện tại đã có hoạt động giảng dạy về làm việc nhóm chưa và cần dạy đến mức nào;
- Đánh giá quá trình giảng dạy một chương trình nào đó để tăng tối đa hiệu quả;
- Đánh giá tác động để theo dõi tác động của chương trình đối với kiến thức và năng lực đạt được trong chương trình đào tạo.

Tham khảo thêm thông tin về đánh giá Hướng dẫn cho giáo viên (Phần A).

### Tài liệu tham khảo

1. Baker DP et al. *Medical teamwork and patient safety: the evidence-based relation. Literature review.* AHRQ Publication No. 050053. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2005 (<http://www.ahrq.gov/qual/medteam/>; accessed 20 February 2011).
2. Salas E, Dickinson TL, Converse SA. Toward an understanding of team performance and training. In: Swezey RW, Salas E, eds. *Teams: their training and performance.* Norwood, NJ, Ablex, 1992:3–29.
3. Orasanu JM, Salas E. Team decision making in complex environments. In: Klein GA et al, eds. *Decision making in action: models and methods.* Norwood, NJ, Ablex, 1993:327–345.
4. Cannon-Bowers JA, Tannenbaum SI, Salas E. Defining competencies and establishing team training requirements. In: Guzzo RA et al., eds. *Team effectiveness and decision-making in organizations.* San Francisco, Jossey-Bass, 1995:333–380.
5. Bowers CA, Braun CC, Morgan BB. Team workload: its meaning and measurement. In: Brannick MT, Salas E, Prince C, eds. *Team performance assessment and measurement.* Mahwah, NJ, Erlbaum, 1997:85–108.
6. Brannick MT, Prince C. An overview of team performance measurement. In: Brannick MT, Salas E, Prince C, eds. *Team performance assessment and measurement.* Mahwah, NJ, Erlbaum, 1997:3–16.
7. Salas E et al. Toward an understanding of team performance and training. In: Sweeney RW, Salas E, eds. *Teams: their training and performance.* Norwood, NJ, Ablex, 1992.
8. Agency for Health Care Quality and Research. *TeamSTEPS™: strategies and tools to enhance performance and patient safety.* Rockville, MD, Agency for Healthcare Quality and Research, 2007.
9. Bogner M. *Misadventures in health care.* Mahwah, NJ, Erlbaum, 2004.
10. Lingard L et al. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Quality and Safety in Health Care*, 2004, 13:330–334.
11. Mickan SM. Evaluating the effectiveness of health care teams. *Australian Health Review*, 2005, 29:211–217.
12. Stevenson K et al. Features of primary health care teams associated with successful quality improvement of diabetes care: a qualitative study. *Family Practice*, 2001, 18:21–26.
13. Junor EJ, Hole DJ, Gillis CR. Management of ovarian cancer: referral to a multidisciplinary team matters. *British Journal of Cancer*, 1994, 70:363–370.
14. Morey JC, Simon R, Jay GD. Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams project. *Health Services Research*, 2002, 37:1553–1581.
15. Risser DT et al. The potential for improved teamwork to reduce medical errors in the emergency department. The MedTeams Research Consortium. *Annals of Emergency Medicine*, 1999, 34:373–383.
16. Mickan SM, Rodger SA. Effective health care teams: a model of six characteristics developed from shared perceptions. *Journal of Interprofessional Care*, 2005, 19:358–370.
17. Tuckman BW. Development sequence in small groups. *Psychological Review*, 1965, 63:384–399.
18. Flin RH, O’Connoer P, Crichton M. *Safety at the sharp end: a guide to nontechnical skills.* Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2008.
19. Lingard L et al. A theory-based instrument to evaluate team communication in the operating room: balancing measurement authenticity and reliability. *Quality and Safety in Health Care*, 2006, 15:422–426.
20. Lingard L et al. Perceptions of operating room tension across professions: building generalizable evidence and educational resources. *Academic Medicine*, 2005, 80 (Suppl. 10): S75–S79.
21. West M. *Effective teamwork: practical lessons from*

- organisational research*. Leicester, Blackwell Publishing, 2004.
22. Marshall S, Harrison J, Flanagan B. The teaching of a structured tool improves the clarity and content of interprofessional clinical communication. *Quality and Safety in Health Care*, 2009, 18:137–140.
  23. Barenfanger J et al. Improving patient safety by repeating (read-back) telephone reports of critical information. *American Journal of Clinical Pathology*, 2004, 121:801-803.
  24. Edmondson AC. Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers. *Quality and Safety in Health Care* 2004;13:ii3-ii9.
  25. Rouse WB, Cannon Bowers J, Salas E. The role of mental models in team performance in complex systems. *IEEE Transactions on Systems, Man and Cybernetics*, 1992, 22:1295–1308.
  26. Stanton N et al. *Human factor methods: a practical guide for engineering and design*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2005.
  27. Salas E et al. Markers for enhancing team cognition in complex environments: the power of team performance diagnosis. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 2007, 78:5 (Suppl. Sect. 11):B77–B85.
  28. Honey P, Mumford A. *A manual of learning styles*. Maidenhead, Peter Honey, 1986.
  29. Chakraborti C et al. A systematic review of làm việc nhóm training interventions in medical student and resident education. *Journal of General Internal Medicine*, 2008, 23:846–853.

#### **Trang hình chiếu cho Chủ đề 4: Làm thành viên tích cực của nhóm**

Các bài giảng lý thuyết không phải bao giờ cũng là cách tốt nhất để dạy sinh viên về an toàn bệnh nhân. Nếu định thực hiện một buổi giảng lý thuyết, thì tốt nhất là nên có kế hoạch cho sinh viên được tương tác và thảo luận trong buổi học. Sử dụng nghiên cứu tình huống là một cách để khơi mào thảo luận nhóm. Một cách khác nữa là đặt ra những câu hỏi về các khía cạnh khác nhau của chăm sóc y tế sẽ làm nảy sinh những vấn đề đề cập tới trong chủ đề này.

Các trang hình chiếu cho Chủ đề 1 được thiết kế để giúp giảng viên truyền tải nội dung của chủ đề này. Có thể thay đổi các trang hình chiếu cho phù hợp với môi trường và văn hóa địa phương. Giảng viên không buộc phải sử dụng tất cả những trang hình chiếu này, và tốt nhất là chỉnh sửa lại chúng theo nội dung của mỗi buổi dạy.



# Chủ đề 5

## Rút kinh nghiệm từ sai sót để phòng ngừa tổn hại

### Lơ đễnh có thể dẫn đến hậu quả thảm khốc

Một bé trai ba tuổi lần đầu đi khám răng. Sau khi khám cho bé và không thấy có lỗ răng sâu nào, nha sĩ chuyển bé cho nhân viên chăm sóc răng miệng để làm vệ sinh răng định kỳ cho bé. Sau khi làm sạch răng cho bé, nhân viên chăm sóc răng miệng dùng một que tăm bông để chải stannous fluoride gel lên răng cho bé phòng sâu răng.

Theo người mẹ kể lại, trong khi vừa làm sạch răng cho bé, nhân viên chăm sóc răng miệng vừa bận rộn nói chuyện, và sau khi đưa cho bé cốc nước, quên không dặn bé phải súc miệng rồi nhổ ra. Người mẹ nói bé đã nuốt chỗ nước súc miệng đó.

Sau đó bé bắt đầu bị nôn, vã mồ hôi và kêu đau đầu chóng mặt. Người mẹ yêu cầu nha sĩ giải thích, và được trả lời rằng bé chỉ được điều trị định kỳ thôi. Tuy nhiên chị chưa yên tâm, và đưa con đến

phòng ngoại chấn nhi gần đó, trong cùng tòa nhà.

Hai mẹ con phải chờ hai tiếng rưỡi mà không được khám. Mặc dù người mẹ khẩn cầu giúp đỡ, đưa bé ngày càng yếu đi và rơi vào tình trạng mà người mẹ tưởng là ngủ, nhưng thực ra là bị hôn mê.

Cuối cùng một bác sĩ cũng khám cho bé, và người này gọi người hướng dẫn của mình. Người ta tiêm thẳng vào tim bé một mũi adrenaline để cứu bé hồi tỉnh lại. Xe cấp cứu được gọi tới đưa bé đến bệnh viện chỉ cách đó có 5 phút đi xe.

Sau khi đến bệnh viện hai mẹ con lại phải chờ hơn một tiếng nữa mới được các bác sĩ ngó ngàng đến. Đến lúc này bé lại rơi vào tình trạng hôn mê. Các bác sĩ cố rửa dạ dày cho bé, song bé đã bị ngừng tim và tử vong. Theo chuyên gia chống độc của quận, cậu bé đã uống 40 ml nước có chứa 2% stannous fluoride; gấp ba lần liều lượng đủ để gây tử vong.

Nguồn: Tình huống do một thành viên của Ủy ban chuyên gia WHO cung cấp, Paris, 10/2010.

### Giới thiệu—Chấp nhận sai sót y khoa



Nghiên cứu tình huống này phản ánh những yếu tố cơ bản là nguyên nhân dẫn đến cái chết tức tưởi của cậu bé 3 tuổi. Nếu phân tích nghiên cứu tình huống đó, chúng ta sẽ phát hiện ra nhiều sai sót góp phần dẫn đến hậu quả bi kịch có thể ngăn chặn được và xác định những bước có thể thực hiện để ngăn chặn không để chuyện tương tự xảy ra trong tương lai. Khía cạnh quan trọng nhất của phân tích sai sót là phát hiện chuyện gì đã xảy ra và làm thế nào để ngăn không để chuyện đó tái

diễn. Vì lý do đó, điều cốt yếu là sinh viên các chuyên ngành chăm sóc sức khỏe phải có kiến thức cơ bản về bản chất của sai sót. Mọi nhân viên y tế đều cần phải hiểu các loại hình sai sót khác nhau và chúng xảy ra như thế nào. Đây là điều cơ bản để xây dựng chiến lược phòng ngừa sai sót và/hoặc ngăn chặn trước khi gây hại cho bệnh nhân.

Một điều nữa không kém phần quan trọng là vấn đề rút kinh nghiệm từ sai sót – sai sót của bản thân cũng như của người khác, Bằng cách điều tra về sai sót và



những điều kiện gây ra sai sót, chúng ta mới có thể thực hiện cải thiện thiết kế hệ thống với hi vọng giảm tần suất mắc và tác động của sai sót. (Vấn đề này được thảo luận thêm trong Chủ đề 3: *Nhận thức về hệ thống và tác động của tính phức tạp của hệ thống đối với an toàn bệnh nhân*.)



#### Từ khóa

Sai sót, vi phạm, tình huống cận nguy, xu hướng nhận thức muộn, và phân tích nguyên nhân gốc.

#### Mục tiêu học tập



Hiểu được bản chất của sai sót và làm thế nào nhân viên y tế có thể rút kinh nghiệm từ sai sót để cải thiện an toàn bệnh nhân.

#### Kết quả học tập: Kiến thức và thực hành

##### Yêu cầu về kiến thức



Yêu cầu về kiến thức cho chủ đề này bao gồm sinh viên hiểu họ có thể rút kinh nghiệm từ sai sót. Hiểu các thuật ngữ *sai sót*, *nhầm lẫn*, *sơ suất*, *vi phạm*, *tình huống cận nguy* và *xu hướng nhận thức muộn* rất quan trọng.

##### Yêu cầu về thực hành



Sau khi kết thúc khóa học, sinh viên có thể:

- Phát hiện các yếu tố hoàn cảnh và cá nhân liên quan để nguy cơ sai sót tăng lên;
- Tham gia phân tích một biến cố bất lợi và thực hành các chiến lược giảm thiểu sai sót.

#### Sai sót



Nói một cách đơn giản, sai sót xảy ra “khi ai đó cố gắng làm đúng điều gì đó, song thực ra lại làm sai” [1]. Nói cách khác, có sự lệch chuẩn không cố ý so với dự định ban đầu. Nhà tâm lý học nhận thức James Reason định nghĩa thực tế cuộc sống này một cách chính thống hơn, ông gọi sai sót là “hậu quả được lập kế hoạch của các hoạt động tinh thần hoặc thể chất không đạt được kết quả dự kiến, khi những thất bại đó không phải do sự can thiệp của tác động vô tình nào đó” [2]. Sai sót có thể xảy ra khi người ta làm sai chuyện gì đó (vi phạm) hoặc khi không làm đúng chuyện gì đó (lơ đễnh).

Một hành vi vi phạm khác với các sai sót của hệ thống. Vi phạm là sai sót do một cá nhân cố ý làm trái với quy trình được chấp thuận hoặc tiêu chuẩn chăm sóc bệnh nhân.

Sai sót và hậu quả không phải là không thể tách rời. Sinh viên sẽ thường xuyên thấy những bệnh nhân bị kết quả điều trị kém mặc dù chẳng có sai sót gì xảy ra. Một số phương pháp điều trị có những biến chứng mà ai cũng biết, có thể xảy

ra ngay cả khi được thực hiện trong hoàn cảnh tốt nhất. Trong những trường hợp khác, nhiều sai sót có thể dẫn đến kết quả xấu, dù đã được kịp thời nhận ra và có biện pháp xử trí để giảm thiểu bất kỳ thương tổn nào mà sai sót có thể gây ra. Đôi khi, như đã nói trong Chủ đề 3, bản thân bệnh nhân cũng có khả năng tự hồi phục và có thể không bị làm sao ngay cả khi có sai sót xảy ra, vì cơ thể hoặc hệ miễn dịch của họ đã chống lại được với cách điều trị sai.

Điều quan trọng là phải chỉ ra rằng trong định nghĩa về sai sót này không nhắc tới hậu quả, mặc dù thực tế về hậu quả (thường là xấu) là điều thường làm chúng ta chú ý tới thực tế là sai sót đã xảy ra. Thực vậy, đa số sai sót trong y tế không dẫn đến tổn hại cho bệnh nhân vì đã được kịp thời phát hiện trước khi gây hậu quả và tình hình được sửa chữa. Không còn gì phải nghi ngờ là tính chất của hậu quả thường chịu ảnh hưởng của nhận thức của chúng ta về sai sót, thường là do hiện tượng “xu hướng nhận thức muộn”, theo đó hiểu biết về kết quả của một tình huống có ảnh hưởng đối với nhận thức của chúng ta (thường là nhận thức không tích cực) về chuẩn mực chăm sóc y tế trước và trong khi xảy ra sự cố đó [2].

Ta chỉ cần xem xét ‘lỗi ngớ ngẩn’

gần đây nhất của mình trong đời sống hàng ngày để tự nhắc nhở về tính chất không thể tránh khỏi của sai sót, như một thực tế cơ bản của cuộc sống.



(Tham khảo Chủ đề 2: *Vì sao áp dụng yếu tố con người lại quan trọng đối với an toàn bệnh nhân*).

Thực tiễn đầy thách thức đối với nhân viên y tế là những quá trình hoạt động trí óc khiến chúng ta mắc những “lỗi ngớ ngẩn” ngoài môi trường làm việc cũng chính là những quy trình chi phối chúng ta khi làm việc. Tuy nhiên môi trường làm việc khiến cho hậu quả của lỗi đó khác đi ghê gớm.

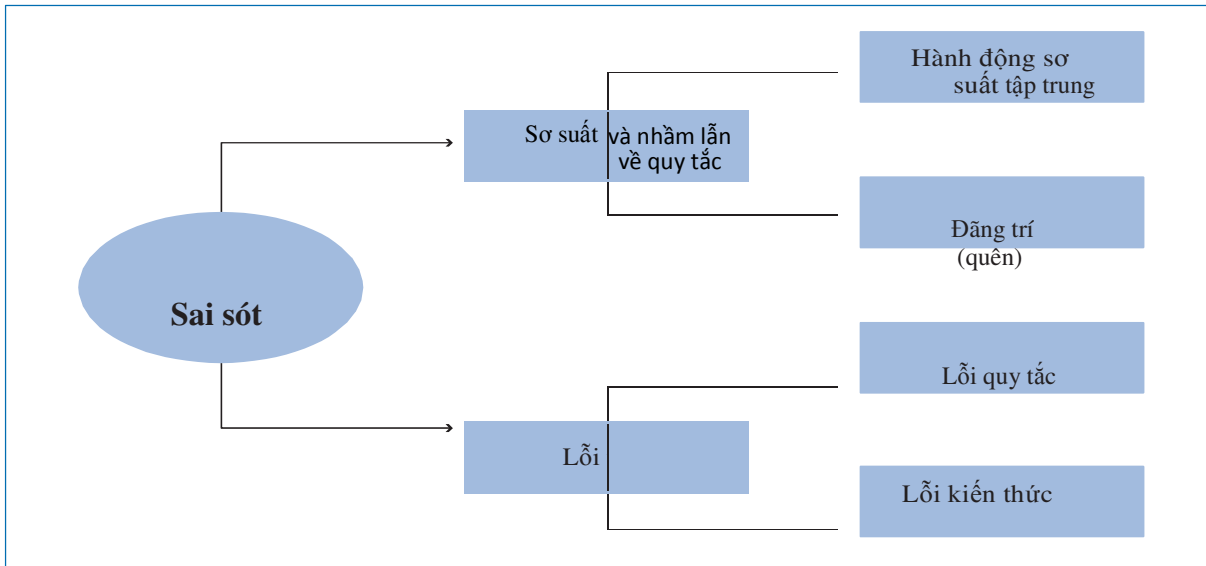
Thuật ngữ *sai sót y khoa* hơi gây hiểu lầm, vì thuật ngữ đó có thể gây ấn tượng là những loại sai sót có thể xảy ra trong chăm sóc y tế chỉ đặc thù cho y tế. Không phải như vậy. Hình thái sai sót xảy ra trong môi trường y tế chẳng có gì khác với các loại vấn đề và tình huống hiện diện ở các môi trường khác. Sự khác biệt của y tế là ở chỗ trong môi trường đó có thành phần văn hóa không thể mắc lỗi, phủ nhận tính phổ biến của sai sót. Một đặc điểm độc nhất vô nhị khác nữa của sai sót y khoa là khi thất bại xảy ra (lơ đễnh hoặc vi phạm), thì bệnh nhân là người phải hứng chịu hậu quả.

Sai sót xảy ra do một trong hai loại thất bại chính sau đây:

hoặc là hành động không xảy ra theo như dự định hoặc hành động dự định là sai [3]. Trong trường hợp thứ nhất thì đó là sai sót thực hành và có thể được mô tả rõ hơn, gọi là *sơ suất*, nếu hành động có thể nhận thấy được, hay *nhầm lẫn*, nếu hành động không nhận thấy được. Một ví dụ về sơ suất là vô tình ấn nhầm nút của thiết bị. Ví dụ về nhầm lẫn là không nhớ được, như quên cho bệnh nhân uống thuốc.

Thất bại do hành động dự kiến sai được gọi là *lỗi*. Lỗi là thất bại trong lập kế hoạch (tức là kế hoạch sai) Lỗi có thể là lỗi quy tắc, khi áp dụng quy tắc sai, hoặc lỗi kiến thức, khi nhân viên lâm sàng không theo đúng quy trình hành động. Ví dụ về lỗi quy tắc là chẩn đoán sai và do đó bắt đầu thực hiện kế hoạch điều trị không phù hợp. Lỗi kiến thức thường xảy ra khi thầy thuốc gặp phải những tình huống lâm sàng chưa gặp bao giờ (xem Hình B.5.1 dưới đây).

**Hình B.5.1.** Những kiểu sai sót chính



Nguồn: Reason JT. Human error: models and management. *British Medical Journal*, 2000 [4].

Sơ suất, nhầm lẫn và lỗi đều nghiêm trọng và có thể gây tổn hại cho bệnh nhân. Khả năng gây tổn hại thực tế tùy thuộc vào hoàn cảnh xảy ra sai sót.

Những tình huống dễ làm tăng khả năng xảy ra sai sót và các chiến lược cá nhân để giảm thiểu sai sót được mô tả trong

**Chủ đề 2: Vì sao áp dụng yếu tố con người lại quan trọng đối với an toàn bệnh nhân.**

Dưới đây chúng tôi nêu sơ qua một số nguyên tắc chung để giảm thiểu sai sót. Reason cũng đã ủng hộ khái niệm “Hiểu biết sai sót” [4] cho lao động làm việc trực tiếp, như một phương tiện để đánh giá nguy cơ trong các tình huống khác nhau, tùy vào tình trạng của cá nhân liên quan, tính chất của tình huống và khả năng xảy ra sai sót của nhiệm vụ đang thực hiện.

### Những tình huống liên quan đến và làm tăng nguy cơ sai sót



Từ kết quả của nhiều nghiên cứu, chúng ta biết rằng sinh viên và nhân viên lâm sàng mới vào nghề đặc biệt dễ mắc sai sót trong những hoàn cảnh nhất định.

#### Thiếu kinh nghiệm

Điều vô cùng quan trọng là sinh viên không được thực hiện thủ thuật hoặc điều trị cho bệnh nhân ngay lần đầu làm việc mà không được chuẩn bị kỹ càng. Trước hết sinh viên cần phải hiểu rõ mình đang làm gì và được thực hành trên người nộm hoặc một dụng cụ dạy học khác trong môi trường mô phỏng. Nếu đó là lần đầu họ được thực hành, thì sinh viên phải được hướng dẫn đầy đủ và giám sát trong khi thực hiện thủ thuật hoặc điều trị cho bệnh nhân.

Sinh viên được ở vị trí đặc quyền. Bệnh nhân không mong đợi sinh viên phải biết nhiều, họ thông cảm rằng sinh viên đang học hỏi. Đó là lý do vì sao sinh viên không được phép già vờ hoặc để người khác giới thiệu họ là người có nhiều kinh nghiệm hơn thực tế.

### **Thiếu thời gian**

Áp lực về thời gian khiến mọi người làm tất mọi việc khi họ không nên làm như vậy. Không rửa tay đúng cách là một ví dụ làm tất. Một ví dụ khác là việc một dược sĩ không dành thời gian tư vấn cho người được phát thuốc, hay một nữ hộ sinh không nói rõ cho sản phụ về các giai đoạn khác nhau khi sinh con.

### **Kiểm tra không đầy đủ**

Hành động kiểm tra đơn giản có thể cứu hàng ngàn bệnh nhân thoát khỏi sai sót dùng nhầm thuốc. Các dược sĩ thường xuyên kiểm tra thuốc và hỗ trợ thành viên khác của nhóm chăm sóc y tế đảm bảo sao cho mỗi bệnh nhân được nhận đúng liều và đúng loại thuốc theo đúng cách dùng. Sinh viên (y, nha khoa và hộ sinh) cần thiết lập quan hệ tốt với những dược sĩ và điều dưỡng thực hiện việc kiểm tra thuốc như thường quy chuyên môn của mình. Kiểm tra là một việc làm đơn giản mà sinh viên có thể thực hành ngay khi họ được phân công làm việc trong môi trường lâm sàng hoặc cơ sở y tế cộng đồng.

### **Quy trình kém**

Quy trình kém có thể liên quan đến một số yếu tố—chuẩn bị không kỹ, thiếu nhân viên và/hoặc không chú ý đúng mức tới một bệnh nhân cụ thể nào đó. Sinh viên có thể được yêu cầu dùng một loại thiết bị khi họ chưa hiểu hết về chức năng của thiết bị đó hoặc chưa biết cách sử dụng. Trước khi dùng một thiết bị/dụng cụ nào đó lần đầu tiên, sinh viên cần làm quen với cách dùng. Xem cách người khác sử dụng như thế nào, sau đó hỏi họ về các bước sử dụng thiết bị là cách học rất hiệu quả.

### **Thông tin không đầy đủ**

Chăm sóc y tế và điều trị liên tục có chất lượng phụ thuộc vào việc mỗi nhân viên y tế ghi lại chi tiết về bệnh nhân một cách chính xác, kịp thời trong bệnh án và chữ viết phải dễ đọc (hồ sơ bệnh án, biểu đồ dùng thuốc hoặc các phương pháp khác dùng để lưu thông tin về bệnh nhân). Điều cốt yếu là sinh viên thường xuyên kiểm tra những thông tin được lưu lại và đảm bảo những thông tin mình ghi phải dễ đọc, chính xác và cập nhật. Thông tin sai, thông tin không chính xác hoặc không đầy đủ thường là các yếu tố góp phần dẫn đến biến cố bất lợi. Mức độ chính xác của chuyển giao thông tin cũng rất quan trọng. Bởi vì có nhiều nhân viên y tế tham gia chăm sóc bệnh nhân, nên điều cốt yếu là thông tin liên lạc truyền

khẩu và ghi trong văn bản phải được kiểm tra và chính xác.

## **Những yếu tố cá nhân khiến sinh viên (và các nhân viên y tế khác) mắc sai sót**

Ngoài những tình huống được biết là hay xảy ra sai sót, còn có những yếu tố cá nhân khiến người ta mắc sai sót

### **Trí nhớ có hạn**

Cách sinh viên nhìn nhận về bản thân trong nghề y và trong trật tự thứ bậc nơi làm việc có thể ảnh hưởng tới mức độ tự tin và quyết tâm của họ khi yêu cầu người khác trợ giúp. Tất cả sinh viên đều nên yêu cầu giúp đỡ, song nhiều sinh viên vẫn thấy việc đó rất khó khăn. Điều đó có thể ảnh hưởng tới khả năng nhận biết hạn chế của bản thân. Thiếu tự tin có thể là một yếu tố quan trọng quyết định việc sinh viên có nhờ người khác giúp đỡ để luyện thành thạo một kỹ năng mới hay không. Nếu sinh viên không quyết tâm hoặc thiếu tự tin không dám nhờ người khác giúp đỡ thực hiện những thao tác đơn giản, thì liệu họ có đủ tự tin để yêu cầu trợ giúp khi gặp khó khăn hay không?

Học cách nhờ giúp đỡ là một kỹ năng cơ bản đối với mọi sinh viên và nhân viên lâm sàng mới vào nghề. Các nhà nghiên cứu đã tìm hiểu sự sẵn sàng thực hành lâm sàng của sinh viên y khoa và điều dưỡng. Những nghiên cứu đó chỉ ra rằng trong những năm đầu, các kỹ năng lâm sàng cơ bản của nhiều sinh viên y khoa mới tốt nghiệp còn rất yếu. Năm đầu tiên làm việc của các điều dưỡng cũng là thời gian họ còn thiếu năng lực và chịu nhiều áp lực. Đó có thể là do khi còn là sinh viên họ ngại không muốn nhờ người khác giúp đỡ học hỏi. Kiến thức không đầy đủ về các dấu hiệu quan trọng của bệnh cấp, tắc nghẽn đường thở, tình trạng sức khỏe của thai phụ và thai nhi và về kỹ thuật hồi sức tim phổi cơ bản là ví dụ về những lĩnh vực cụ thể mà các bác sĩ mới ra trường còn thiếu cả về kiến thức và kỹ năng.

Nhiều sinh viên nghĩ rằng nếu họ có thể học thuộc các thông tin về chuyên môn có trong sách giáo khoa, họ sẽ trở thành nhân viên y tế giỏi. Song hoàn toàn không phải như vậy. Lượng thông tin mà nhiều nhân viên y tế ngày nay bắt buộc phải biết nhiều hơn rất nhiều những gì có thể nhớ được. Bộ não của con người chỉ có thể nhớ được một lượng thông tin có hạn. Sinh viên không nên chỉ trông cậy vào trí nhớ, nhất là khi phải tuân theo một số bước. Hướng dẫn và quy trình thủ tục được xây dựng để giúp nhân viên y tế cung cấp chăm sóc và dịch vụ dựa trên những bằng chứng tốt nhất hiện có. Sinh viên cần xây dựng thói quen sử dụng bảng kiểm chứ không chỉ dựa vào trí nhớ.

### **Mệt mỏi**

Trí nhớ chịu tác động của sự mệt mỏi. Mệt mỏi đã được biết là một yếu tố khiến nhân viên y tế mắc sai sót. Nhận thức được các vấn đề mà sự mệt mỏi gây ra, nhiều nước đã hoặc đang trong quá trình cải tổ lại số giờ làm việc quá mức của bác sĩ [5]. Từ ba thập niên trước người ta đã biết về mối liên quan giữa tình trạng bị thiếu ngủ của nhân viên y tế thực tập do các ca trực kéo dài và nhịp sinh học ngày đêm bị ngắt quãng với sức khỏe, thể nhưng phải tới gần đây chính phủ và cơ quan quản lý các nước mới quan tâm nghiêm túc tới việc hạn chế giờ làm việc của nhân viên y tế. Nghiên cứu do Landrigan và cộng sự [6] thực hiện năm 2004 là một trong những nghiên cứu đầu tiên đánh giá tác động của tình trạng bị thiếu ngủ của nhân viên y tế đối với sai sót y khoa. Kết quả nghiên cứu cho thấy các bác sĩ tập sự làm việc ở khoa hồi sức cấp cứu và khoa tim mạch của bệnh viện Brigham và Phụ nữ (Boston, MA, Hoa Kỳ) mắc nhiều sai sót nghiêm trọng hơn khi phải thường xuyên làm việc theo ca kéo dài 24 giờ hoặc hơn, so với khi làm việc theo ca ngắn hơn. Những nghiên cứu khác chỉ ra rằng thiếu ngủ có thể có những triệu chứng tương tự như bị ngộ độc rượu [7-9]. Các tài liệu chuyên môn đã được công bố cũng đã ghi nhận là những vấn đề mà nhân viên điều dưỡng phải làm việc theo ca trực 12 giờ gặp phải, quy định bắt buộc làm quá giờ, và thực tế là những cách làm như vậy có thể khiến họ mắc nhiều sai sót hơn.

### **Các yếu tố ngôn ngữ và văn hóa**

Khả năng xảy ra sai sót giao tiếp do các yếu tố văn hóa và ngôn ngữ là điều hiển nhiên, song có nhiều tương tác giữa bệnh nhân và nhân viên chăm sóc y tế được thực hiện mà không cần có người phiên dịch hoặc ngôn ngữ chung. Sinh viên cần hiểu được các vấn đề nảy sinh từ rào cản ngôn ngữ và hiểu nhầm chuẩn mực văn hóa. Trình độ văn hóa cũng là một vấn đề cần lưu ý. Nhân viên y tế phải biết được bệnh nhân và người chăm sóc cho họ hiểu được các hướng dẫn viết đến mức nào.

### **Thái độ nguy hiểm**

Có thể nói rằng những sinh viên thực hiện thủ thuật hoặc can thiệp cho bệnh nhân khi không có người giám sát là thể hiện thái độ nguy hiểm. Những sinh viên đó có thể quan tâm tới việc thực hành để có kinh nghiệm hơn là để ý tới sức khỏe của người bệnh. Sinh viên cần luôn luôn hiểu rằng việc họ được tiếp xúc với bệnh nhân không phải là một đặc quyền đương nhiên.



### Áp lực, đói và ốm

Khi sinh viên cảm thấy căng thẳng, đói hoặc ốm, họ sẽ không làm việc tốt như khi họ không gặp phải những vấn đề trên. Sinh viên cần phải theo dõi tình trạng sức khỏe của mình. Sinh viên cần lưu ý đến một thực tế là nếu họ cảm thấy không được khỏe hoặc căng thẳng, họ sẽ dễ mắc sai sót hơn. Tình trạng kiệt sức của các điều dưỡng mới ra trường đã dẫn đến sai sót và dẫn đến hiện tượng điều dưỡng phải bỏ nghề. Căng thẳng và kiệt sức có liên quan với nhau.

Có nhiều công cụ ghi nhớ để giúp sinh viên tự giám sát. HALT là một công cụ hỗ trợ như vậy.

Lưu ý xem mình có:

- H** Đói (Hungry)
- A** Bực bội (Angry)
- L** Muộn (Late) hoặc
- T** Mệt (Tired)



Một công cụ ghi nhớ khác để tự giám sát là IM SAFE.

- I** Ốm (Illness)
- M** Đang dùng thuốc (Medication) (kê đơn hoặc thuốc khác)
- S** Áp lực (Stress)
- A** Rượu (Alcohol)
- F** Mệt mỏi (Tired)
- E** Cảm xúc (Emotion)



### Cách rút kinh nghiệm từ sai sót

#### Báo cáo sự cố

Báo cáo và giám sát sự cố bao gồm thu thập và phân tích thông tin về bất kỳ sự kiện nào có thể gây hại hoặc đã gây tổn hại cho một bệnh nhân trong môi trường lâm sàng hay trong một tổ chức y tế. Hệ thống báo cáo sự cố là thành phần cơ bản trong khả năng rút kinh nghiệm từ sai sót của một tổ chức. Những bài học kinh nghiệm rút ra từ việc sử dụng các quy trình này cho phép tổ chức phát hiện và triệt tiêu ‘bẫy sai sót’ (Trong Chủ đề 6: *Nhận thức và quản lý nguy cơ lâm sàng* có trình bày thêm nhiều thông tin về trách nhiệm của tổ chức đối với công tác giám sát sự cố).

Từ trước đến nay sự cố thường không được báo cáo đầy đủ, chủ yếu là do cách tiếp cận con người đối với phân tích sự cố vẫn còn phổ biến trong ngành y tế, khi mà những nhân viên y tế trực tiếp tham gia chăm sóc điều trị cho bệnh nhân, như điều dưỡng, dược sĩ, bác sĩ, nha sĩ hoặc nữ hộ sinh—thường là những người bị phê bình về vai trò của họ trong việc để xảy ra sự cố. Như đã nói ở trên, tình hình đó thường bị hiện tượng xu hướng nhận thức muộn làm trầm trọng thêm. Cách tiếp cận con người phản tác dụng ở nhiều cấp độ. (Tham khảo Chủ đề 3: *Nhận thức về hệ thống và tác động của tính phức tạp của hệ thống đối với chăm sóc bệnh nhân*).

Tần suất báo cáo và cách thức phân tích sự cố – áp dụng cách tiếp cận hệ thống hay cách tiếp cận con người—tùy thuộc vào ban lãnh đạo và văn hóa của một tổ chức. Trong những năm gần đây người ta đã chú trọng nhiều hơn tới tầm quan trọng của văn hóa tổ chức trong y tế [10], phân tích các bài học kinh nghiệm liên quan đến an toàn hệ thống của các ngành công nghiệp khác. Có thể có liên quan giữa văn hóa tổ chức của một cơ sở y tế và an toàn của bệnh nhân được điều trị tại cơ sở đó.

Văn hóa của một tổ chức phản ánh giá trị và quan điểm chung tương tác với cơ cấu của một tổ chức và các hệ thống kiểm soát để tạo ra chuẩn mực ứng xử [11]. Những tổ chức có nề nếp báo cáo tốt có khả năng rút được kinh nghiệm từ sai sót vì nhân viên của họ thấy thoải mái khi báo cáo về các vấn đề thực tế hoặc có thể xảy ra mà không sợ bị chê cười hoặc trách cứ. Sinh viên và nhân viên lâm sàng mới vào nghề cũng là một phần của văn hóa làm việc. Họ có thể cảm thấy mình không có quyền thay đổi hoặc tác động tới bất cứ thứ gì trong môi trường làm việc. Thế nhưng họ cũng có thể tìm cách cải thiện hệ thống. Thực hiện việc đó cũng đơn giản như tỏ ra lễ phép đối với các thành viên khác trong nhóm chăm sóc, kể cả bệnh nhân, khi thảo luận về chăm sóc điều trị hoặc hỏi những người trong nhóm có muốn uống cà phê không khi sinh viên đang pha cà phê cho mình. Kiểm chế không chỉ trích những người liên quan đến biến cố bất lợi là một cách nữa để sinh viên giúp thay đổi văn hóa của đơn vị. Nếu sinh viên nghe thấy các nhân viên khác đang nói về một nhân viên nào đó đã mắc lỗi, họ có thể lái câu chuyện theo hướng khác, và trao đổi về các yếu tố cơ bản có thể có liên quan đến sai sót đó.



Các chiến lược thành công khác để báo cáo và giám sát sự cố gồm [7] báo cáo ẩn danh, phản hồi kịp thời, công khai công nhận những thành công thu được từ hoạt động báo cáo sự cố và báo cáo về tình huống cận nguy. Việc báo cáo những tình huống cận nguy rất hữu ích vì chúng ta có thể có được những bài học ‘miễn phí’. Tức là có thể thực hiện cải thiện cho hệ thống nhờ điều tra tìm hiểu, mà bệnh nhân lại không hề bị tổn hại.

## Phân tích nguyên nhân gốc

Tham khảo thêm Chủ đề 7: *Sử dụng các phương pháp nâng cao chất lượng để cải thiện chăm sóc bệnh nhân.*

Các nguyên tắc phân tích nguyên nhân gốc (RCA) đã được sử dụng để xây dựng một số mô hình. Một mô hình như vậy, được gọi là *quy trình London (the London Protocol)*, đã được Charles Vincent và đồng nghiệp phát triển. Đây là một mô hình dễ hiểu, giúp nhóm làm việc thực hiện từng bước trong thủ tục điều tra lâm sàng. Xem tóm tắt các bước của quy trình trong Khung B.5.1.

### Khung B.5.1. Quy trình London

#### Chi tiết quy trình điều tra

Cần điều tra những sự cố nào?

Rà soát các hồ sơ về tình huống

Sắp xếp vấn đề

Phỏng vấn nhân viên

Chuyện xảy ra thế nào? – phát hiện các vấn đề quản lý chăm sóc/điều trị

Vì sao lại xảy ra? – xác định các yếu tố góp phần dẫn đến sự cố

#### Phân tích tình huống

Nếu theo các bước của quy trình một cách hệ thống, thực hiện phỏng vấn và phân tích kỹ lưỡng, thì báo cáo và ý nghĩa của sự cố xây dựng trên cơ sở phân tích được thực hiện khá dễ dàng. Khi việc tổng hợp được hoàn tất, cần phải có tóm tắt vấn đề và hoàn cảnh dẫn đến sự cố, và cần phải nêu rõ những thiếu sót trong quy trình chăm sóc điều trị. Phần cuối của báo cáo sẽ xem xét những bài học rút ra từ sự cố cho khoa hoặc tổ chức, và đề xuất hành động khắc phục.

Nguồn: Vincent C et al. How to investigate and analyse clinical incidents: clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol. *British Medical Journal*, 2000, 320: 777–781.



Trung tâm An toàn bệnh nhân quốc gia thuộc Bộ Cựu chiến binh Hoa Kỳ xây dựng một mô hình khác, cũng sử dụng cách tiếp cận có cấu trúc các nguyên tắc phân tích nguyên nhân gốc để đánh giá và phân tích nhiều biến cố bất lợi và xây dựng cách cải thiện hệ thống nhằm ngăn chặn sự tái diễn [12]. Tất cả các mô hình xem xét hồi cứu đều đặt ra những câu hỏi sau[1]:

- Chuyện gì đã xảy ra?
- Những ai có liên quan?
- Chuyện đó xảy ra lúc nào?
- Xảy ra ở đâu?
- Tồn hại thực hoặc tồn hại có thể có nghiêm trọng đến mức nào?
- Khả năng xảy ra chuyện tương tự có nhiều không?
- Hậu quả là gì?

Phân tích nguyên nhân gốc RCA tập trung vào hệ thống chứ không phải cá nhân nhân viên y tế, và cho rằng biến cố bất lợi gây tổn hại cho bệnh nhân là lỗi của hệ thống. Hệ thống mà Bộ cựu chiến binh Hoa Kỳ sử dụng và các hệ thống sử dụng ở Australia và những nước khác áp dụng mã đánh giá mức độ nghiêm trọng để xếp loại ưu tiên những sự cố được báo cáo nhằm đảm bảo những sự cố có nguy cơ cao nhất sẽ được xử trí trước.

Mô hình RCA chú trọng vào ngăn ngừa sự cố, không đổ lỗi hoặc trừng phạt. (Các quy trình khác được sử dụng khi trọng tâm quan tâm là buộc các cá nhân phải chịu trách nhiệm giải trình về hành động của họ.) Trọng tâm của phân tích theo kiểu này là những khâu dễ bị tổn thương ở cấp độ hệ thống, chứ không phải là mức độ hoàn thành nhiệm vụ của cá nhân. Mô hình này xem xét nhiều yếu tố, như giao tiếp, đào tạo, sự mệt mỏi, lịch thực hiện nhiệm vụ/hoạt động, và nhân lực, môi trường, trang thiết bị, quy tắc/quy định, chính sách và rào cản.

Những đặc điểm chính của phân tích nguyên nhân gốc gồm [13]:

- một nhóm đa ngành am tường các quy trình liên quan đến sự kiện rà soát lại vụ việc;
- phân tích hệ thống và quy trình, chứ không phải là kết quả làm việc của cá nhân;
- phân tích kỹ lưỡng, điều tra “chuyện gì” và “vì sao” cho tới khi đã xem xét hết mọi khía cạnh của quy trình và các yếu tố góp phần dẫn đến sự cố;
- xác định những thay đổi tiềm tàng có thể thực hiện trong hệ thống hoặc quy trình để cải thiện kết quả hoạt động và giảm thiểu khả năng lại xảy ra biến cố bất lợi tương tự hoặc tình huống nguy hiểm trong tương lai.

- Làm quen với môi trường làm việc của mình; và
- Biết rằng những chuyện bất thường có thể xảy ra và sẵn sàng đối mặt.

Chúng ta biết là một cá nhân không thể biết hết mọi thứ, cho nên điều quan trọng là sinh viên phải làm quen với việc phải hỏi mỗi khi họ không biết điều gì liên quan và quan trọng đối với bệnh nhân. Dưới đây là một số chiến lược cá nhân để giúp sinh viên bớt mắc sai sót:

- tự chăm sóc (ăn ngủ tốt và tự chăm sóc bản thân);
- biết về môi trường mình sống và làm việc;
- biết về nhiệm vụ của mình;
- chuẩn bị và lập kế hoạch (*thế nhỡ...*);
- tạo thói quen kiểm tra thường xuyên;
- điều gì không biết thì phải hỏi.

Sinh viên cần nghĩ rằng sai sót sẽ xảy ra. Điều này có thể là một thay đổi đối với nhiều người, vì một số nền văn hóa vẫn duy trì suy nghĩ rằng chỉ có thầy thuốc xấu hoặc không có năng lực mới mắc lỗi. Sinh viên cần nghĩ rằng sẽ có sai sót và chuẩn bị tinh thần cho điều đó. Một phần của việc chuẩn bị tinh thần đối mặt với sai sót là phát hiện những tình huống dễ dẫn đến sai sót nhất (ví dụ thời điểm nguy cơ cao nhất).

Ví dụ, nghiên cứu đã xác định được những tình huống có nguy cơ cao, khi nguy cơ sinh viên điều dưỡng mắc lỗi khi phát thuốc cho bệnh nhân tăng lên[14]. Những tình huống đó bao gồm:

- liều lượng và/hoặc thời gian dùng thuốc kê không đúng tiêu chuẩn;
- tài liệu không tiêu chuẩn hoặc sai;
- không có biểu đồ theo dõi sử dụng thuốc của bệnh nhân;
- y lệnh dùng thuốc không rõ ràng;
- ngưng dùng thuốc;
- các vấn đề về theo dõi—ví dụ sinh viên cần kiểm tra sinh hiệu trước khi phát thuốc hoặc tiêm/truyền cho bệnh nhân;
- phát thuốc hoặc tiêm/truyền cho bệnh nhân sai hướng dẫn sử dụng: tiêm/truyền thuốc nước chỉ dùng qua đường uống.

Quan trọng là phải có kế hoạch dự phòng để xử trí những bất trắc, gián đoạn hoặc sao lãng/quên. Sinh viên cần luôn tự nhắc lại các thủ tục/quy trình phức tạp hoặc bất kỳ hoạt động nào có liên quan đến bệnh nhân khi họ lần đầu thực hiện việc đó.

### **Chiến lược giảm thiểu sai sót**

Sinh viên có thể thực hành ngay các hành vi giảm thiểu sai sót bằng cách tự chăm sóc sức khỏe của chính mình. Sinh viên nên:

- nhận biết khi mình mệt mỏi;

### **Tóm tắt**

Sai sót y khoa là một vấn đề phức tạp, song con người không thể tránh khỏi có lúc mắc sai sót. Dưới đây là một số lời khuyên giúp hạn chế sai sót do con người gây ra [15].

- Tránh chỉ dựa vào trí nhớ
- Đơn giản hóa quy trình
- Tiêu chuẩn hóa các quy trình và thủ tục thông thường
- Sử dụng bảng kiểm thường quy
- Tăng cường đề phòng sai sót.

Xem thêm thảo luận trong Chủ đề 2: *Vì sao áp dụng yếu tố con người lại quan trọng đối với an toàn bệnh nhân.*

Rút kinh nghiệm từ sai sót có thể thực hiện được đối với từng cá nhân cũng như ở cấp độ tổ chức thông qua báo cáo và phân tích sự cố. Các rào cản đối với việc rút kinh nghiệm từ sai sót bao gồm văn hóa đổ lỗi, áp dụng cách tiếp cận con người để điều tra lỗi, cũng như hiện tượng ‘xu hướng nhận thức muộn’. Cần phải có cách tiếp cận hệ thống rộng rãi hơn để toàn bộ tổ chức có thể rút ra bài học kinh nghiệm và đảm bảo khả năng thay đổi hệ thống.

Phân tích nguyên nhân gốc (RCA) là cách tiếp cận hệ thống có cấu trúc cao để phân tích sự cố, thường được áp dụng đối với những tình huống sai sót gây tổn hại nghiêm trọng cho bệnh nhân. Sinh viên có thể ít có cơ hội tham gia hoặc quan sát quy trình phân tích nguyên nhân gốc, song ngay khi vào làm việc trong một cơ sở y tế, nhân viên mới ra trường cần phải tìm cơ hội để tham gia một quy trình RCA.

## Chiến lược và hình thức dạy học

### Bài tập mô phỏng



Có thể xây dựng các kịch bản khác nhau về biến cố bất lợi và sự cần thiết phải báo cáo và phân tích sai sót. Có thể dùng những bài tập có tính thực tiễn cao chỉ ra cách tránh mắc sai sót và cũng nên khuyến khích sinh viên ôn luyện các chiến lược quản lý sai sót.

### Bài giảng lý thuyết/ tương tác



Hãy dùng các trang hình chiếu làm hướng dẫn để trình bày nội dung chủ đề. Có thể dùng trang hình chiếu hoặc chuyển sang giấy trong cho máy chiếu. Hãy bắt đầu buổi dạy bằng một nghiên cứu tình huống lấy từ Ngân hàng nghiên cứu tình huống hoặc cho sinh viên phát hiện một số lỗi họ mới mắc để phân tích.

### Thảo luận nhóm nhỏ

Thảo luận nhóm nhỏ có thể tập trung vào những lỗi thường gặp nơi làm việc. Có thể yêu cầu một hoặc nhiều sinh viên dẫn dắt thảo luận về những lĩnh vực được đề cập trong chủ đề này. Sinh viên có thể thảo luận theo các đề mục ở trên và trình bày tài liệu. Giáo viên điều hành buổi học cũng cần làm quen với nội dung chủ đề, để có thể đưa thêm vào bài học thông tin về hệ thống y tế và môi trường lâm sàng địa phương.

### Các hoạt động dạy học khác

Các phương pháp khác để khơi mào thảo luận về các lĩnh vực trong chủ đề này bao gồm:

- yêu cầu sinh viên ghi nhật ký về một sai sót hoặc một tình huống cận nguy mà họ thấy (đã xảy ra chuyện gì, loại hình sai sót, đề xuất biện pháp ngăn chặn sai sót tương tự lặp lại);
  - chọn một trong những nghiên cứu tình huống đưa ra ở trên để tạo tình huống cho thảo luận về những lỗi thường gặp nhất trong y tế;
  - dùng những ví dụ đã được công bố trong tài liệu chuyên ngành/ nói đến trên báo, đài;
  - dùng ví dụ từ phòng khám hoặc thực hành lâm sàng của bạn – đã loại bỏ các thông tin cá nhân- để dạy học;
  - dùng một nghiên cứu tình huống để khuyến khích sinh viên động não về sai sót và các yếu tố liên quan đến sai sót;
  - xem xét ví dụ về những bài học kinh nghiệm về sai sót và thất bại của hệ thống lấy từ các ngành công nghiệp khác;
  - mời chuyên gia từ một chuyên ngành khác, như khoa công trình hoặc tâm lý học, để thảo luận về lý thuyết sai sót – nguyên nhân, văn hóa an toàn và vai trò của công tác báo cáo sai sót trong đảm bảo an toàn;
  - mời một chuyên gia y tế có uy tín để nói chuyện về những sai sót họ từng mắc phải;
  - mời cán bộ phụ trách vấn đề cải thiện chất lượng của một bệnh viện để nói chuyện về hoạt động thu thập, phân tích số liệu và kết quả, cũng như về vai trò của các cán bộ nhân viên khác nhau trong quy trình nâng cao chất lượng;
  - mời cán bộ phụ trách an toàn và chất lượng để nói chuyện về các hệ thống giảm thiểu sai sót và quản lý biến cố bất lợi trong một cơ sở y tế/hệ thống cụ thể nào đó;
  - thảo luận về khác biệt giữa trực trực hệ thống, hành vi vi phạm và sai sót (xem Chủ đề 4);
  - dùng một nghiên cứu tình huống để phân tích những phương pháp quản lý biến cố bất lợi khác nhau;
  - tham gia hoặc quan sát một quy trình RCA.
- Hoạt động cho sinh viên khi đi thực tập lâm sàng**  
Có thể yêu cầu sinh viên:
- tham gia một cuộc điều tra RCA;
  - tìm hiểu xem cơ sở y tế nơi họ thực tập có tổ chức các cuộc họp về tình trạng mắc bệnh và tử vong không, hay có các diễn đàn bình xét để thảo luận về biến cố bất lợi không;
  - trao đổi với nhau về sai sót mà họ thấy trong môi trường làm việc, áp dụng cách tiếp cận không đổ lỗi. Yêu cầu sinh viên không chỉ phát hiện sai sót, mà còn xác định các chiến lược ngăn ngừa những lỗi tương tự;
  - chọn một môi trường lâm sàng hoặc điều trị mà họ đang được đào tạo và hỏi về các loại hình sai sót chính trong lĩnh vực đó, cũng như những bước được thực hiện để giảm thiểu và rút kinh nghiệm từ những sai sót đó.

## Nghiên cứu tình huống

### Cảnh báo sử dụng thuốc Vincristine

*Những nghiên cứu tình huống sau đây liên quan tới việc sử dụng thuốc vincristine và các biến cố bất lợi có thể có.*

Hong Kong, 7 /7/ 2007

Một bệnh nhân nữ 21 tuổi tử vong sau khi bị vô tình tiêm nhầm thuốc vincristine vào tủy sống do nhầm lẫn. Một cuộc điều tra đang được tiến hành. Vincristine (và các loại thuốc vinca alkaloids khác) chỉ được truyền tĩnh mạch qua các túi siêu nhỏ (minibag). Vincristine, một loại thuốc hóa trị được sử dụng rộng rãi, chỉ được truyền tĩnh mạch, không bao giờ được truyền qua các đường khác. Nhiều bệnh nhân được điều trị bằng thuốc IV vincristine cũng đồng thời được truyền các loại thuốc khác qua đường tủy sống theo liệu trình điều trị. Điều đó đã khiến sai sót xảy ra, khi vincristine được truyền qua đường tủy sống. Từ năm 1968 đến nay đã ghi nhận được 55 sai sót kiểu này ở các cơ sở y tế khác nhau. Nhiều lần người ta đã đưa ra cảnh báo và yêu cầu đưa thêm hướng dẫn trên nhãn hiệu thuốc và tiêu chuẩn. Thế nhưng sai sót liên quan đến truyền vincristine nhầm qua tủy sống vẫn tiếp tục xảy ra.

Những trường hợp tử vong và sai sót xuýt xảy ra có

liên quan:

Hoa Kỳ, 11/ 2005

Một bệnh nhân nam 21 tuổi đang được điều trị u lympho không Hodgkin. Một bơm tiêm chứa đầy thuốc vincristine dùng cho một bệnh nhân khác đã bị đưa nhầm đến giường của bệnh nhân này. Một bác sĩ truyền vincristine qua đường tủy sống, vì tưởng đó là một loại thuốc khác. Nhầm lẫn không được phát hiện và ba ngày sau bệnh nhân tử vong.

Tây Ban Nha, 10/ 2005

Một bệnh nhân nữ 58 tuổi đang được điều trị u lympho không Hodgkin. Vincristine được chuẩn bị sẵn trong bơm tiêm 20 ml và được để chung trong một túi với hai loại thuốc khác, trong đó có methotrexate. Hướng dẫn cách dùng không được ghi trên dung dịch. Việc tiêm thuốc nội tủy sống được thực hiện vào buổi trưa. Chuyên gia huyết học quá bận và yêu cầu một bác sĩ khác giúp; vị bác sĩ này trong thời gian gần đây không tham gia thực hiện việc tiêm nội tủy sống. Túi thuốc được đưa tới phòng bệnh nhân. Nhân viên điều dưỡng phụ giúp việc tiêm thuốc không quen với thủ tục tiêm nội tủy sống. Bơm tiêm 20 ml chứa vincristine được chuyển cho vị bác sĩ, và anh ta bắt đầu tiêm. Khi tiêm được

khoảng 2 ml, anh nhận ra dung tích của bơm tiêm, phát hiện sai sót và dừng lại. Khoảng 100 ngày sau bệnh nhân tử vong.

Australia, 2004

Một bệnh nhân nam 28 tuổi bị u pympho Burkitt đang được điều trị methotrexate qua đường tủy sống. Bác sĩ ghi rằng “vincristine và methotrexate [đã] được tiêm nội tủy sống như yêu cầu”. Cảnh báo in trên nhãn thuốc vincristine không đầy đủ, chữ quá nhỏ và được đọc trong phòng không đủ ánh sáng. Mãi 5 ngày sau, khi bệnh nhân bị liệt cả hai chân, người ta mới phát hiện ra sai sót đó. 28 ngày sau bệnh nhân tử vong.

#### Câu hỏi

- Có những yếu tố nào có thể hiện diện và gây ra sai sót trong những ví dụ trên?
- Cơ sở y tế có thể áp dụng những biện pháp nào để đảm bảo những sai sót nghiêm trọng như vậy không tái diễn?
- Nếu bạn là giám đốc bệnh viện đó, bạn sẽ làm gì trong mỗi tình huống?

Nguồn: World Health Organization, SM/MC/IEA.115 ([http://www.who.int/patientsafety/highlights/PS\\_alert\\_115\\_vincristine.pdf](http://www.who.int/patientsafety/highlights/PS_alert_115_vincristine.pdf); accessed 20 February 2011).

**Một điều dưỡng lên tiếng để tránh mắc thêm sai sót và bảo vệ bệnh nhân khỏi tác động bất lợi**  
*Tình huống này cho thấy tầm quan trọng của việc phải lên tiếng nếu có vấn đề liên quan đến an toàn cho bệnh nhân.*

Khi sắp kết thúc cuộc gặp nhanh của ê kíp trước khi thực hiện phẫu thuật (thảo luận nhóm trước phẫu thuật), một điều dưỡng có ý kiến và nói “bệnh nhân đeo kính áp tròng ở mắt trái”.

Bác sĩ gây mê hỏi kính đó có để liên tục trong mắt không, điều dưỡng kiểm tra và trả lời là kính đó có thể bỏ đi được. Bác sĩ gây mê hỏi bệnh nhân vì sao lại đeo kính áp tròng, song bệnh nhân đã được tiêm thuốc an thần và không tỉnh táo lắm khi trả lời bác sĩ.

Cô điều dưỡng giải thích rằng bệnh nhân không nhìn thấy gì nếu không có kính áp tròng. Bác sĩ gây mê giải thích cho ê kíp trong phòng mổ rằng bệnh nhân không thể đeo kính áp tròng khi dùng thuốc mê và lẽ ra không được tiêm thuốc an thần khi đeo kính áp tròng như vậy. Một thành viên trong nhóm hỏi bác sĩ gây mê có muốn lấy kính áp tròng ra không, và bác sĩ gây mê trả lời, “Anh ta không thể được gây mê khi đeo kính áp tròng.”

Bác sĩ mổ nội trú giúp bệnh nhân lấy kính áp tròng ra. Bệnh nhân yêu cầu đặt mắt kính vào một cái cốc, và người ta lấy một cốc nước muối nhỏ và thả mắt kính vào đó.

#### Câu hỏi

– Có thể rút ra ý nghĩa gì về công tác chuẩn bị trước phẫu thuật của nhân viên điều dưỡng từ tình huống này? Có thể làm gì để ngăn ngừa những chuyện tương tự trong tương lai?

Nguồn: Nhóm biên soạn Hướng dẫn chương trình giảng dạy cho các trường y khoa của WHO. Tình huống do Phó giáo sư Lorelei Lingard, Đại học Toronto, Toronto, Ca-na-đa, cung cấp.

#### Dùng nhầm thuốc ở phòng sinh

Tình huống sau đây cho thấy nhiều yếu tố có thể cùng nhau mang lại tổn hại cho bệnh nhân.

Một phụ nữ 25 tuổi mang thai lần đầu ở tuần thứ 32 đến khoa cấp cứu vì bị đau lưng dữ dội. Bệnh nhân được phân loại và chuyển đến phòng sinh đông đúc, thiếu nhân viên. Bảng giấy ghi nhịp tim thai cho thấy các con gò từ cung cách từ 8–10 phút một lần. Bác sĩ sản khám cho bệnh nhân và khuyến truyền tocolytic liên tục để chống co thắt tử cung và tránh sinh non.

Tất cả các nữ hộ sinh đều đang bận rộn đỡ đẻ cho các sản phụ khác và một sinh viên hộ sinh được giao chuẩn bị thuốc truyền. Cô sinh viên này không biết về tiền sử ca bệnh và lo lắng hỏi người nữ hộ sinh hướng dẫn mình. Mặc dù rõ ràng là bệnh nhân đang mang thai tuần thứ 32, nhưng cô sinh viên không đo bề cao tử cung. Cô chuẩn bị và bắt đầu truyền oxytocin (để thúc đẻ) thay vì truyền thuốc tocolytic. Nhầm lẫn đó không được phát hiện trong nhiều giờ liền, và ngày hôm sau bệnh nhân sinh non, đứa bé sinh non được chuyển sang khoa chăm sóc hồi sức sơ sinh vì bị khó thở nặng.

#### Thảo luận

– Thảo luận tình huống này bằng cách xem xét những yếu tố sau: yếu tố liên quan đến sinh viên, yếu tố liên quan đến bệnh nhân, yếu tố liên quan đến người hướng dẫn sinh viên; yếu tố liên quan đến tổ chức, và yếu tố liên quan đến môi trường.

– Làm thế nào để có thể tránh được biến cố bất lợi đó?

Nguồn: Tình huống do Andrea Stiefel, MSc, Đại học Khoa học ứng dụng Zurich, Winterthur, Thụy Sĩ, cung cấp.

#### Cái chết của một đứa trẻ

Đọc nghiên cứu tình huống trong phần giới thiệu chủ đề này và yêu cầu sinh viên thảo luận những câu hỏi sau.

– Hãy áp dụng cách tiếp cận hệ thống để xem xét xem có thể hành động khác đi như thế nào ở những thời điểm khác nhau trong câu chuyện đó, ở phòng khám nha khoa, phòng khám ngoại trú và bệnh viện.

– Việc bàn giao trách nhiệm chăm sóc bệnh nhân giữa phòng khám ngoại trú và bệnh viện lẽ ra đã có thể được thực hiện khác đi như thế nào để đảm bảo cho bệnh nhân được điều trị ngay lập tức?

– Một số biện pháp phòng ngừa ở môi trường lâm sàng để phòng ngừa ngộ độc ở trẻ em là gì?

Nguồn: Tình huống do Shan Ellahi, Cố vấn An toàn bệnh nhân, Dịch vụ Cộng đồng Ealing và Harrow, Dịch vụ Y tế quốc gia, London, Vương quốc Anh, cung cấp.

#### Công cụ và tài liệu học tập

Có thể tìm được nhiều tài liệu về sai sót y khoa và các chủ đề liên quan trên trang web của Cơ quan nghiên cứu và Quản lý Chất lượng chăm sóc sức khỏe Hoa Kỳ, Trường y khoa New York, New York, USA (<http://www.ahrq.gov/qual/errorsix.htm>; accessed 21 February 2011).

#### Đánh giá kiến thức về chủ đề này

Có nhiều chiến lược kiểm tra đánh giá phù hợp để sử dụng với chủ đề này, gồm MCQ, tiểu luận, câu hỏi yêu cầu trả lời ngắn BAQ, CBD, và tự đánh giá. Cho một sinh viên hoặc một nhóm sinh viên tiến hành điều tra về một biến cố bất lợi hoặc thực hiện giả điều tra nguyên nhân gốc là cách rất tốt cho sinh viên tham gia và đánh giá kiến thức của họ.

#### Đánh giá kết quả giảng dạy chủ đề này

Đánh giá là bước quan trọng để xem xét xem buổi dạy đã diễn ra như thế nào và có thể làm tốt hơn ra sao. Tham khảo tóm tắt các nguyên tắc đánh giá quan trọng trong Hướng dẫn cho giáo viên (Phần A).

#### Tài liệu tham khảo

1. Runciman W, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health-care: a guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.
2. Reason JT. *Human error*. New York, Cambridge University Press, 1990.
3. Reason JT. Human error: models and management. *British Medical Journal*, 2000, 320:768–770.
4. Reason JT. Beyond the organisational accident: the need for “error wisdom” on the frontline. *Quality and Safety in Health Care*, 2004, 13:28–33.



5. Friedman RC, Kornfeld DS, Bigger TJ. Psychological problems associated with sleep deprivation in interns. *Journal of Medical Education*, 1973, 48:436-441.
6. Landrigan CP et al. Effect of reducing interns' working hours on serious medical errors in intensive care units. *New England Journal of Medicine*, 2004, 351:1838-1848.
7. Dawson D, Reid K. Fatigue, alcohol and performance impairment. *Nature*, 1997, 388:235.
8. Leonard C et al. The effect of fatigue, sleep deprivation and onerous working hours on the physical and mental well being of pre-registration house officers. *Irish Journal of Medical Sciences*, 1998, 176:22-25.
9. Larson EB. Measuring, monitoring, and reducing medical harm from a systems perspective: a medical director's personal reflections. *Academic Medicine*, 2002, 77:993-1000.
10. Flin R et al. Measuring safety climate in health care. *Quality and Safety in Health Care*, 2006.
11. Reason JT. *Managing the risks of organisational accidents*, 3rd ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2000.
12. *Root cause analysis*. Washington, DC, Veterans Affairs National Center for Patient Safety, United States Department of Veterans Affairs (<http://www.va.gov/NCPS/curriculum/RCA/index.html>; accessed 20 February 2011).
13. University of Washington Center for Health Sciences. *Best practices in patient safety education module handbook*. Seattle, University of Washington Center for Health Sciences, 2005.
14. Institute for Safe Medication Practices. Error-prone conditions can lead to student nurse-related medication mistakes. *Medical News Today*, 20 October 2007 (<http://www.medicalnewstoday.com/articles/86983.php>; accessed 20 February 2011).
15. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.

#### Tài liệu đọc thêm

Symon A. *Obstetric litigation from A-Z*. Salisbury, UK, Quay Books, Mark Allen Publishing, 2001.

Wilson JH, Symon A. eds. *Clinical risk management in midwifery: the right to a perfect baby*, Oxford, UK, Elsevier Science Limited, 2002.

#### Trang hình chiếu cho Chủ đề 5: Nhận thức và rút kinh nghiệm từ sai sót

Các bài giảng lý thuyết không phải bao giờ cũng là cách tốt nhất để dạy sinh viên về an toàn bệnh nhân. Nếu định thực hiện bài giảng lý thuyết, thì nên có kế hoạch cho sinh viên được tương tác và thảo luận trong buổi học. Sử dụng nghiên cứu tình huống là một cách để khơi mào thảo luận nhóm. Một cách khác là hỏi sinh viên các câu hỏi về những khía cạnh khác nhau của chăm sóc y tế, những câu hỏi sẽ dẫn đến các vấn đề có trong chủ đề này, như văn hóa đổ lỗi, tính chất của sai sót và sai sót được quản lý như thế nào trong các ngành công nghiệp khác.

Các trang hình chiếu cho Chủ đề 5 được thiết kế để hỗ trợ giảng viên truyền đạt nội dung của chủ đề này. Có thể thay đổi các trang hình chiếu cho phù hợp với môi trường và văn hóa địa phương. Giảng viên không buộc phải sử dụng tất cả những trang hình chiếu này, và tốt nhất là chỉnh sửa lại chúng theo nội dung của mỗi buổi dạy.







**World Health  
Organization**

**Western Pacific Region**

WHO Western Pacific Region  
PUBLICATION



ISBN-13

978 92 9061 678 8