

BÀI BÁO NGHIÊN CỨU GỐC

Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến quản lý sự cố y khoa tại bệnh viện Quận 2, thành phố Hồ Chí Minh năm 2021

Ngô Hoàng Anh^{1*}, Phạm Thị Thảo¹, Bùi Thị Tú Quyên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm xác định thực trạng và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến quản lý sự cố y khoa tại bệnh viện Quận 2, thành phố Hồ Chí Minh năm 2021.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang, nghiên cứu định lượng kết hợp nghiên cứu định tính được triển khai tại Bệnh viện Quận 2, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2021. Nghiên cứu định lượng sử dụng biểu mẫu thu thập thông tin của 98 sự cố được báo cáo, nghiên cứu định tính đã tiến hành phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm các nhân viên y tế.

Kết quả: 60,2% sự cố được báo cáo bởi kỹ thuật viên/điều dưỡng. Sự cố do sai sót thực hành của nhân viên y tế chiếm 52,04%. Phân tích nguyên nhân gốc rễ ở 76,53% sự cố. Tỷ lệ sự cố lặp lại là 51,02%. Một số yếu tố ảnh hưởng đến quản lý sự cố y khoa: (1) Yếu tố tích cực: Có nhiều hình thức **động** viên khuyến khích, bệnh viện không truy lỗi cá nhân, tìm và khắc phục lỗi hệ thống; (2) Yếu tố tiêu cực: khó khăn khi tiếp cận thông tin; sợ bị trừng phạt; **áp lực công việc**, **lãnh đạo** chưa thực sự quan tâm tới công tác quản lý sự cố y khoa, **đào tạo**, tập huấn về quản lý sự cố y khoa chưa **đem** lại hiệu quả, quy **định**, quy trình về quản lý sự cố rườm rà, chưa có sự phối hợp của các khoa/phòng trong quản lý sự cố y khoa.

Kết luận: Đào tạo tập huấn nâng cao khả năng tiếp cận thông tin và nhận thức về sự cố y khoa; Tăng cường sự quan tâm của lãnh đạo với công tác quản lý sự cố y khoa; Đơn giản hoá quy trình, biểu mẫu báo cáo sự cố y khoa; Tăng cường sự tham gia của các khoa, phòng trong quản lý sự cố y khoa.

Từ khóa: Quản lý sự cố y khoa, yếu tố ảnh hưởng, Thành phố Hồ Chí Minh

ĐẶT VẤN ĐỀ

Quản lý sự cố y khoa là hệ thống nhận diện, theo dõi, báo cáo và phân tích nguyên nhân xác định xu hướng, các tình huống xung quanh sự cố từ đó đưa ra các biện pháp phòng ngừa lặp lại sự cố (1), (2). Việc thiết lập một hệ thống quản lý sự cố y khoa sẽ góp phần kiểm soát, phát hiện sớm và làm giảm các sự cố y khoa có thể ngăn ngừa được, hệ thống quản lý sự cố yếu kém sẽ là nguyên nhân gây gia tăng sự cố (3).

Tai nạn giao thông, HIV/AIDS và ung thư vú là ba nguyên nhân tử vong nhận được nhiều sự chú ý của công chúng, tuy nhiên con số này còn thấp hơn so với số người chết vì sự cố y khoa tại bệnh viện (4). Sự cố y khoa có thể phát hiện sớm và phòng ngừa được thông qua quản lý sự cố y khoa hiệu quả: theo Baines R.J tỷ lệ này là 70% (5), Theo WHO (2018) là 83% (6), theo Wright và cộng sự khoảng 1/3 sự cố có thể phòng ngừa được (1).

Từ năm 2015, bệnh viện Quận 2 thực hiện quản lý sự cố y khoa theo tổ chức Cải thiện



***Địa chỉ liên hệ:** Ngô Hoàng Anh
Email: mhm1931036@studenthuph.edu.vn

¹Bệnh viện Quận 2

²Trường Đại học Y tế Công cộng

Ngày nhận bài: 08/8/2021

Ngày phản biện: 24/9/2021

Ngày đăng bài: 30/6/2022

Mã DOI: <https://doi.org/10.38148/JHDS.0603SKPT21-046>

hiệu suất chăm sóc sức khỏe (HPI: Healthcare Performance Improvement) (7). Đến tháng 4 năm 2019, bệnh viện cập nhật quy trình quản lý và báo cáo sự cố theo thông tư số 43/2018/TT-BYT (4, 8). Ngày 07/04/2021 Bệnh viện Quận 2 chính thức đổi tên thành bệnh viện Lê Văn Thịnh. Thực trạng triển khai quản lý sự cố y khoa tại bệnh viện ghi nhận nhiều vấn đề tồn tại như: nhiều sự cố y khoa không được ghi nhận, phân tích nguyên nhân và phản hồi chưa kịp thời do các yếu tố cá nhân và yếu tố hệ thống... Câu hỏi đặt ra là tại bệnh viện Quận 2: công tác quản lý sự cố y khoa được triển khai như thế nào? Có những yếu tố nào ảnh hưởng đến công tác quản lý sự cố y khoa? Do đó tôi thực hiện đề tài: “Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến quản lý sự cố y khoa tại Bệnh viện Quận 2, thành phố Hồ Chí Minh năm 2021” với mục tiêu mô tả thực trạng và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến quản lý sự cố y khoa tại Bệnh viện Quận 2, thành phố Hồ Chí Minh năm 2021.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang, nghiên cứu định lượng kết hợp nghiên cứu định tính.

Địa điểm và thời gian: tại bệnh viện Quận 2, từ tháng 11 năm 2020 đến tháng 10 năm 2021.

Đối tượng nghiên cứu: nghiên cứu định lượng là các sự cố y khoa xảy ra và được ghi nhận vào hệ thống báo cáo sự cố tại Bệnh viện Quận 2 năm 2020; Nghiên cứu định tính là nhân viên y tế công tác tại bệnh viện Quận 2.

Cỡ mẫu: nghiên cứu định lượng đã thu thập được thông tin của 98 sự cố y khoa; nghiên cứu định tính đã thực hiện 02 cuộc TLN với (1 nhóm đã từng báo cáo sự cố, 1 nhóm chưa từng báo cáo sự cố) và 07 cuộc PVS với người cung cấp thông tin đã được chọn có chủ đích.

Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu: Thu thập số liệu định lượng theo bộ công cụ thu thập số liệu dựa theo thông tư số 43/2018/TT-BYT.

Số liệu định tính PVS và TLN theo biểu mẫu hướng dẫn PVS và TLN, ghi âm sau khi đã có sự đồng ý của người cung cấp thông tin.

Các thông tin chính được thu thập

Nhóm biến số định lượng: thực trạng QLSCYK nhận diện và khắc phục tức thời sự cố y khoa, báo cáo sự cố y khoa (SCYK), đánh giá SCYK, xử lý SCYK, theo dõi, giám sát.

Nhóm biến số định tính:

+ Thực trạng QLSCYK: nhận diện và khắc phục tức thời sự cố, báo cáo SCYK, đánh giá SCYK, xử lý SCYK, theo dõi, giám sát.

+ Yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động QLSCYK: Yếu tố cá nhân (Lo sợ trừng phạt; Kiến thức, thái độ; khả năng tiếp cận thông tin), yếu tố hệ thống (đào tạo; mối quan hệ Lãnh đạo và đồng nghiệp; quy trình, quy định, văn hóa xử lý sự cố; động viên khuyến khích)

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu định lượng được phân tích với phần mềm SPSS 26, các phân tích mô tả phù hợp được sử dụng. Thông tin định tính được gỡ băng, thực hiện các phân tích nội dung theo chủ đề.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức của trường Đại học Y tế công cộng theo quyết định số 83/2021/YTCC-HD3 và Hội đồng nghiên cứu khoa học, Bệnh viện Quận 2 cho phép thực hiện.

KẾT QUẢ

Thực trạng quản lý sự cố y khoa

Nhận diện và khắc phục sự cố tức thời

Bảng 1. Đặc điểm nhận diện sự cố y khoa

	Nội dung	Tần số (N=98)	Tỷ lệ (%)
Phân loại ban đầu sự cố	Đã xảy ra	73	74,51
	Chưa xảy ra	25	25,49
Đối tượng phát hiện và báo cáo sự cố	Bác sĩ	9	9,18
	Dược sĩ	18	18,37
	Điều dưỡng, KTV	59	60,2
	Khác	12	12,24
Đối tượng xảy ra sự cố	Nhân viên y tế	3	3,06
	NB/người nhà khách đến thăm	80	81,63
	Trang thiết bị cơ sở hạ tầng	22	22,45

Trong thời gian nghiên cứu, 98 sự cố y khoa được ghi nhận, 74,51% sự cố đã xảy ra. Đối tượng phát hiện và báo cáo sự cố là điều dưỡng/kỹ thuật viên chiếm tỉ lệ cao nhất

60,2%. Đối tượng xảy ra sự cố chủ yếu là người bệnh/người nhà/khách đến thăm chiếm 81,63%.

Báo cáo sự cố y khoa

Bảng 2. Thực trạng báo cáo sự cố y khoa

	Đặc điểm	Tần số N=98	Tỷ lệ %
Hình thức báo cáo sự cố	Tự nguyện	97	98,98
	Bắt buộc	1	1,02
Phương tiện báo cáo sự cố	Trực tiếp	70	71,43
	Qua Email	8	8,16
	Điện thoại	59	62,20
	Website	75	76,53
	Lãnh đạo	59	60,2

Có 98,98% sự cố được báo cáo tự nguyện. Thông qua Website và trực tiếp tại phòng Quản lý chất lượng là hai phương thức báo

cáo chủ yếu (lần lượt 76,53% và 71,43%).

Đánh giá sự cố y khoa

Bảng 3. Phân loại sự cố theo nhóm sự cố

Phân loại sự cố		Tần số (n=98)	Tỷ lệ (%)
Nhóm sự cố	Thực hiện quy trình kỹ thuật, thủ thuật chuyên môn	27	27,55
	Tai nạn đối với người bệnh	25	25,51
	Thuốc và dịch truyền	18	18,37
	Thiết bị y tế	18	18,37
	Hạ tầng cơ sở	6	6,12
	Nhiễm khuẩn bệnh viện	5	5,1
	Khác	6	6,12
Nguyên nhân sự cố	Sai sót do thực hành của nhân viên y tế	51	52,04
	Sai sót do thực hành của người bệnh	29	29,59
	Cơ sở vật chất, hạ tầng, trang thiết bị	20	20,41

Phân loại theo nhóm sự cố, cao nhất có 27,55% sự cố xảy ra thuộc nhóm Thực hiện quy trình kỹ thuật, thủ thuật chuyên môn, tiếp đến 25,51% Tai nạn đối với người bệnh. Theo phân

loại nguyên nhân gây ra sự cố có đến 52,04% sự cố xảy ra do sai sót thực hành của NVYT.

Xử lý sự cố

Bảng 4. Thực trạng xử lý sự cố

Đặc điểm		Tần số (n=98)	Tỷ lệ (%)
Phân tích nguyên nhân gốc rễ	Có	75	76,53
	Không	23	23,47
Sự cố được công khai	Được công khai	98	100,0
	Không được công khai	0	0,0
Hình thức công khai sự cố	Giao ban bệnh viện	77	78,57
	Bảng tin an toàn người bệnh	98	100,0
	Mạng nội bộ	76	77,55
	Website bệnh viện/ QLCL	69	70,41
	Hộp HD và mạng lưới QLCL	76	77,55

Phân tích nguyên nhân thực hiện ở 76,53% sự cố. Sau khi tiếp nhận, 100% sự cố được công khai tại bệnh viện với hình thức phổ biến nhất

là Bản tin An toàn người bệnh (100%) thấp nhất là Website (70,41%).

Theo dõi, giám sát

Bảng 5. Hoạt động theo dõi, giám sát

	Đặc điểm	Tần số (n=98)	Tỷ lệ (%)
Sự cố lặp lại	Có	50	51,02
	Không	48	48,98
Tiến hành theo dõi, giám sát theo các khuyến cáo	Có	92	93,88
	Không	6	6,12
Báo cáo kết quả theo dõi, giám sát	Có	92	93,88
	Không	6	6,12

Sự cố lặp lại chiếm tỉ lệ cao 51,02%. Tỉ lệ triển khai các biện pháp phòng ngừa sự cố, tiến hành theo dõi, giám sát và báo cáo kết quả cùng đạt 93,88%.

Một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động quản lý sự cố y khoa

Nhóm yếu tố cá nhân

Kiến thức, thái độ của nhân viên y tế về quản lý sự cố y khoa chưa tốt: Việc tập huấn đã làm cho NVYT hiểu được tầm quan trọng của báo cáo SCYK, tuy nhiên một số NVYT tiếp nhận đủ kiến thức để nhận diện được nguy cơ hoặc chưa có thái độ sẵn sàng báo cáo sự cố. “NVYT tại đơn vị chưa nắm được kiến thức, kỹ năng phân tích và đưa ra giải pháp phòng ngừa sự cố” – TLN.02.

“các vấn đề đó (near miss) khi thấy thì mình nhắc nhở nhau ngay để không xảy ra, chưa gây ảnh hưởng đến người bệnh nên không cần báo cáo” – PVS.NV3.

Rào cản trong tiếp cận hệ thống: NVYT có kỹ năng công nghệ thông tin hạn chế sẽ gặp khó khăn báo cáo và nhận phản hồi trực tuyến hay NVYT chưa chủ động tìm hiểu thông tin. “NVYT chưa có thói quen truy cập vào mạng để cập nhật thông tin, báo cáo” – PVS.NV2.

“những vấn đề về đường truyền (mạng, wifi, ...) và máy móc khi báo cáo SCYK bằng máy tính cản trở việc báo cáo SCYK trực tuyến” – TLN.01.

Tâm lý e dè, lo sợ xử phạt: NVYT cho biết họ còn tâm lý e dè, lo sợ bị đồng nghiệp và lãnh đạo chú ý, sợ bị xử phạt hay khiển trách dẫn tới việc không báo cáo sự cố, che giấu sự cố. “SCYK ít được phát hiện do văn hóa còn e dè trong việc chủ động báo cáo, nhân viên sợ cấp trên buộc lỗi, hạ thi đua” – PVS.NV1, NV2, NV3, NV4

“...chúng tôi sẽ bị khiển trách và bị đánh giá năng lực làm việc thấp, và sợ đồng nghiệp khác kỳ thị” – TLN.01, 02.

Áp lực công việc: đôi khi việc báo cáo không thể thực hiện ngay tại thời gian NVYT phát hiện sự việc do khối lượng công việc ở tại thời điểm đó, môi trường làm việc căng thẳng, nhân viên y tế bỏ qua các bước cơ bản trong quy trình khám chữa bệnh.

“Áp lực về lượng bệnh đông, thời gian gấp rút khiến cho NVYT lướt qua những bước căn bản trong quy trình dẫn tới tăng nguy cơ gây sự cố” – PVS.NV2.

Yếu tố hệ thống

Thiếu sự quan tâm của Lãnh đạo: phụ trách các khoa/phòng chú trọng tới vấn đề sự cố y khoa tại đơn vị mình, không tạo động lực cho nhân viên báo cáo sự cố. Một số các giải pháp được đề ra không giải quyết ngay.

“Các giải pháp phòng ngừa sự cố liên quan đến cơ sở hạ tầng, trang thiết bị ít khi được phê duyệt hoặc rất lâu sau đó mới làm được” – PVS.NV2.

Đào tạo và tập huấn thiếu hiệu quả: thời gian tổ chức các buổi tập huấn chưa thuận lợi để NVYT tham gia đầy đủ, chưa tổ chức lượng giá các buổi tập huấn, nội dung tập huấn chưa hấp dẫn, chưa cụ thể.

“Tập huấn vào ngày trong tuần, NVYT không thể tham gia đầy đủ, hoặc nhân viên phải chạy qua lại, khó tập trung được hiểu cả bài” – PVS.NV4, TLN.02.

Quy định, quy trình thiếu phù hợp: còn rườm rà dẫn đến các đơn vị trong hệ thống quản lý chưa nắm được quy trình quản lý sự cố gây tổn thời gian trong quá trình tiếp nhận, xác minh và phản hồi báo cáo. *“Quy trình về quản lý sự cố còn chưa hoàn thiện, chưa rõ ràng, cụ thể”* – PVS.NV4.

Thiếu sự phối hợp giữa các khoa/phòng: công tác tìm hiểu và phân tích nghiên nhân sự cố thiếu sự tham gia của các khoa/phòng dẫn đến giải pháp phòng ngừa sự cố không sát với thực tế, không phù hợp với tình hình của các khoa/ phòng, áp dụng triển khai sẽ không đem lại hiệu quả

“thiếu sự tham gia của các khoa/ phòng trong quản lý SCYK dẫn đến việc chưa phù hợp với thực tế, giải pháp có thể không thực hiện được” – PVS.NV1.

Phổ biến văn hóa không đổ lỗi: xây dựng không khí cởi mở cho nhân viên trao đổi về sai sót, sự cố, luôn nêu cao tinh thần truy tìm lỗi cá nhân.

“Phân tích các lỗi hệ thống được chú trọng hơn lỗi cá nhân, để đề ra giải pháp thực sự hiệu quả, áp dụng lâu dài, tránh sự cố trùng lặp” – TLN.01.

Động viên khuyến khích báo cáo sự cố: quy định khen thưởng đã ban hành tuy nhiên việc triển khai tới nhân viên toàn bệnh viện còn hạn chế.

“Có quy định về khen thưởng việc chủ động báo cáo sự cố từ năm 2019” – PVS.NV1, NV5.

Tuy nhiên, *“Bệnh viện chưa thực hiện được việc khen thưởng khuyến khích sự chủ động báo cáo sự cố cho các nhân và đơn vị”* – TLN.02.

Chưa có sự phối hợp của các khoa/phòng dẫn tới công tác quản lý sự cố y khoa tại bệnh viện chưa đem lại hiệu quả.

“thiếu sự tham gia của các khoa/ phòng trong quản lý SCYK dẫn đến việc chưa phù hợp với thực tế, giải pháp có thể không thực hiện được” – PVS.NV1.

BÀN LUẬN

Thực trạng quản lý sự cố y khoa

Trong năm 2020, bệnh viện đã ghi nhận 98 SCYK và gần 82% SCYK xảy ra ở đối tượng người bệnh/người nhà/khách đến thăm. Việc nhận diện và báo cáo các nguy cơ/ các tình huống có khả năng gây ra sự cố (near miss) ở bệnh viện còn hạn chế (25,49%), chỉ bằng 1/3 so với tỉ lệ sự cố đã xảy ra được báo cáo, trên thực tế nội dung các buổi tập huấn về SCYK luôn tập trung vào các cách quản lý sự cố bị động, nghĩa là tìm nguyên nhân, phòng ngừa lặp lại, mà không chú ý đến quản lý nguy cơ chủ động, nhận diện và báo cáo các rủi ro tiềm ẩn. Trên 60% sự cố được phát hiện bởi điều dưỡng và kỹ thuật viên, được sĩ chiếm hơn 18%, bác sĩ chỉ chiếm hơn 9%. Kết quả này khác so với kết quả tại bệnh viện Thủ Đức năm 2017, với tỉ lệ báo cáo sự cố ở nhóm bác sĩ 28,4% và điều dưỡng/kỹ thuật 26,5% (9), sự khác biệt này do đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là các SCYK được ghi nhận còn trong nghiên cứu tại bệnh viện Thủ Đức là nhân viên y tế. Trên thực tế, tỉ lệ các bác sĩ tham gia tập huấn về Văn hoá ATNB và sự cố y khoa còn rất ít.

Bệnh viện đã áp dụng nhiều kênh thông tin để nhân viên báo cáo sự cố, tỉ lệ cao nhất 70% sự cố được báo cáo thông qua Website hoặc trực tiếp tại phòng QLCL, hơn 60% báo cáo

qua điện thoại và báo cáo cho lãnh đạo, chỉ có hơn 8% báo cáo qua email. Kết quả này khác so với nghiên cứu tại bệnh viện Hùng Vương (2017), sự cố y khoa được báo cáo theo nhiều cách khác nhau: báo cáo dưới dạng giấy (77,2%), báo cáo bằng lời (22,5%) và báo cáo trực tuyến (0,2%) (10). Do trong nghiên cứu của Bệnh viện Hùng Vương bác sĩ là đối tượng báo cáo sự cố y khoa có tỉ lệ cao nhất và báo cáo bằng lời là hình thức được thực hiện nhiều nhất ở đối tượng này so với các đối tượng còn lại (10), đồng thời nghiên cứu của chúng tôi thực hiện năm 2021 nên việc ứng dụng công nghệ thông tin vào quản lý SCYK cũng tốt hơn so với thời điểm năm 2017.

Theo phân loại nhóm sự cố, nhóm thực hiện quy trình kỹ thuật, thủ thuật chuyên môn chiếm tỉ lệ 27,55%. Tỉ lệ này thấp hơn so với báo cáo của bệnh viện Hùng Vương (2017) với hơn 50% phân loại sự cố liên quan đến quy trình, thủ thuật lâm sàng (10). Do thực trạng sự cố ghi nhận được tại bệnh viện Quận 2 nhiều sự cố té ngã và lỗi trang thiết bị, cơ sở hạ tầng.

Có trên 75% sự cố được đưa ra phân tích nguyên nhân sự cố. Tất cả sự cố được công khai tại bệnh viện, thông qua bản tin An toàn người bệnh 100%, giao ban bệnh viện, mạng nội bộ và họp hội đồng, mạng lưới QLCL gần 80%, website hơn 70%.

Trên 90% các sự cố xảy ra bệnh viện đã triển khai các biện pháp phòng ngừa lặp lại, có tiến hành theo dõi, giám sát và báo cáo kết quả. Tuy nhiên, tỉ lệ sự cố lặp lại cao 51,02%, do các sự cố do trang thiết bị cũ và cơ sở hạ tầng không thể khắc phục ngay được. Trong các nghiên cứu của Theo Hwang JI và cộng sự (2012), nghiên cứu tại bệnh viện Hùng Vương (2017), Wright J, Lawton R và cộng sự năm 2016 đều cho rằng hoạt động theo dõi, giám sát hiệu quả sẽ phát hiện sớm sự cố y khoa hoặc các tình huống có thể gây ra sự cố (1), (10), (11).

Một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động quản lý sự cố y khoa

Yếu tố cá nhân

Kiến thức, thái độ của nhân viên y tế về quản lý sự cố y khoa

Một số nhân viên y tế chưa nắm vững kiến thức về sự cố y khoa, chưa có kỹ năng nhận diện sự cố, và một số khác chưa thái độ sẵn sàng báo cáo khi thực hiện các công tác chuyên môn như: thăm khám cho người bệnh, ra y lệnh, ghi chép hồ sơ bệnh án, cấp phát thuốc cho người bệnh... Tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của tác giả Trần Thị Bích Bo năm 2017 tại bệnh viện quận Thủ Đức (9). Kết quả này cho thấy công tác đào tạo tập huấn chưa thực sự đem lại hiệu quả.

Khả năng tiếp cận tới hệ thống quản lý sự cố y khoa

Bệnh viện đã triển khai nhiều kênh thông tin về QLSCYK để nhân viên dễ dàng tiếp cận góp phần làm cụ thể hóa lý thuyết, củng cố niềm tin về các hoạt động QLSCYK tại bệnh viện. Đây mà một điểm sáng trong công tác quản lý sự cố y khoa mà bệnh viện đã làm được. Như trong nghiên cứu của Hwang JI (2012), một hệ thống quản lý sự cố được thiết lập đầy đủ nhưng nếu nhân viên y tế tại đơn vị không biết về các yếu tố trong hệ thống quản lý đó là hoàn toàn thất bại (11).

Trên thực tế, vẫn còn tình trạng khó khăn trong tiếp cận các kênh thông tin và phản hồi về sự cố: hệ thống mạng nội bộ, thói quen ít cập nhật thông tin của NVYT. Kết quả này cũng thấy ở nghiên cứu của Adriana Parrella (2013), sự cố ít được báo cáo là do đối tượng nghiên cứu không được tiếp cận về phương thức báo cáo, các thông tin hướng dẫn, quy định không rõ ràng (12). Hay nghiên cứu của Trần Thị Bích Bo (2017) tại bệnh viện Thủ Đức, có 42% thông tin phản hồi từ phòng quản lý chất lượng ảnh hưởng đến việc báo cáo sự cố của nhân viên y tế (9).

Lo sợ bị trừng phạt và rào cản của nhân viên y tế

Nhân viên còn lo sợ bị trừng phạt, truy cứu trách nhiệm cá nhân khi báo cáo sự cố mà mình gây ra. Kết quả cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Albert (2000) (13) và Trần Thị Bích Bo năm 2017 (9).

Kết quả phỏng vấn sâu cũng cho thấy, lo sợ đến uy tín và danh dự của tập thể cũng là yếu tố có thể ảnh hưởng đến sự tích cực báo cáo của NVYT khi phát hiện sự cố. Kết quả khảo sát tại Bệnh viện Đại học Y dược TP.HCM cũng cho thấy có đến 56,44% tâm lý sợ ảnh hưởng đến uy tín, danh dự của người khác (tập thể) (10, 14).

Các yếu tố cá nhân khác

Nhiều nhân viên y tế phải làm việc với khối lượng công việc, NVYT cho biết không có thời gian để báo cáo sự cố ngay tại thời điểm đó. Bên cạnh đó, tình trạng căng thẳng và mệt mỏi kéo dài còn làm tăng nguy cơ xảy ra sự cố. Tương đồng với nghiên cứu của Vincent (2001) (15).

Yếu tố hệ thống

Quan tâm của lãnh đạo

Nhiều nhân viên cho rằng các lãnh đạo bệnh viện chưa thực sự quan tâm tới công tác quản lý sự cố y khoa. Trong nghiên cứu Trần Thị Bích Bo (2017) cũng đã đề cập cần quan tâm và phát huy vai trò của lãnh đạo, có như thế quản lý chất lượng bệnh viện mới thật sự hiệu quả (9).

Đào tạo, tập huấn về quản lý sự cố y khoa

Hoạt động đào tạo, tập huấn về SCYK và ATNB chưa đem lại hiệu quả. Công tác đào tạo tập huấn đã được triển khai theo khuyến cáo của Sở Y tế TP. HCM (16). Tuy nhiên, chưa được giám sát chặt chẽ còn tình trạng nhân viên đến chỉ để điểm danh chứ không lắng nghe, cập nhật kiến thức mới, thiếu sâu sát thực tế của QLCL.

Quy định, quy trình về quản lý sự cố

Quy định, quy trình QLSCYK: thủ tục báo cáo rườm rà dẫn đến tâm lý thay đổi và lo sợ

kiện cáo. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hwang JI và cộng sự (2012) (11). Trong cuộc khảo sát tại Mỹ vào cuối thế kỷ 20, các SCYK không được phát hiện và ngăn chặn do không được báo cáo vì thủ tục báo cáo rườm rà dẫn đến tâm lý thay đổi và lo sợ kiện cáo (17).

Văn hóa xử lý sự cố

Bệnh viện đã xây dựng văn hoá xử lý sự cố không truy tìm lỗi cá nhân, mà tìm lỗi hệ thống để sự cố được khắc phục để đưa được giải pháp khắc phục kịp thời. Kết quả này là hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác (11), (18). Tuy nhiên, không buộc tội không đồng nghĩa với không có biện pháp chế tài với lỗi cá nhân, khi có sự cố y khoa xảy ra bệnh viện đã phân tích rõ về kiến thức, kỹ năng và tính kỷ luật của nhân viên trước khi áp dụng các hình thức xử lý, điều này phù hợp theo công văn khuyến cáo của Sở Y tế TP. Hồ Chí Minh (19).

Động viên khuyến khích trong quản lý sự cố

Bệnh viện đã xây dựng và ban hành quy định khen thưởng để khuyến khích báo cáo sự cố cho mỗi cá nhân và tập thể định kỳ hàng tháng từ năm 2019. Đây là điểm sáng của bệnh viện đã triển khai được do cơ chế tự chủ của bệnh viện. Trong nghiên cứu của tác giả Trần Thị Bích Bo (2017), đã khuyến nghị cần xây dựng văn hóa an toàn, không phê phán, chỉ trích, và thiết lập nhiều hình thức khuyến khích khen thưởng báo cáo sự cố như khen thưởng về mặt vật chất và tinh thần (9). Tuy nhiên, hoạt động này còn chưa được triển khai thực hiện đầy đủ và đúng theo quy định.

Quan hệ với đồng nghiệp

Kết quả nghiên cứu cho thấy việc phối hợp các khoa/phòng tại bệnh viện còn hạn chế, thành viên mạng lưới chưa phát huy vai trò đầu mối phối hợp trong công tác quản lý sự cố giữa P.QLCL với khoa/phòng và giữa các khoa/phòng với nhau. Nghiên cứu của Hwang

Ji và cộng sự năm 2012, cũng cho thấy mối quan hệ giữa các cá nhân và khoa phòng trong bệnh viện ảnh hưởng tới việc quản lý sự cố y khoa (11).

KẾT LUẬN

Thực trạng quản lý sự cố y khoa

60,2% sự cố được báo cáo bởi kỹ thuật viên/điều dưỡng. 81,63% ảnh hưởng tới NB, người nhà khách đến thăm. Gần 75% là sự cố đã xảy ra. Có 98,98% sự cố được báo cáo dưới hình thức báo cáo sự cố tự nguyện qua các hình thức BCSC: điện thoại, website, trực tiếp, lãnh đạo, email. 2 phân nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất là “Thực hiện sai thủ thuật/quy trình/phương pháp điều trị” chiếm tỷ lệ 24,49%; sự cố “Té ngã” chiếm tỷ lệ 22,45%. Nguyên nhân sự cố do NVYT chiếm 52,04%. Gần 65% sự cố chưa xảy ra và chưa gây nguy hại cho người bệnh. Có 76,53% sự cố được phân tích nguyên nhân gốc. 100% sự cố ghi nhận được được công khai tại bệnh viện. Trên 90% sự cố biện pháp phòng ngừa lặp lại, có tiến hành theo dõi, giám sát và báo cáo kết quả. Tuy nhiên, tỷ lệ sự cố lặp lại cao 51,02%.

Một số yếu tố ảnh hưởng tới quản lý sự cố y khoa tại Bệnh viện Quận 2

Yếu tố cá nhân: Nhân viên y tế gặp khó khăn khi tiếp cận các kênh thông tin và phản hồi về sự cố. Nhân viên y tế còn e dè, sợ bị trừng phạt khi gây ra sự cố hoặc có mong muốn báo cáo sự cố. Áp lực công việc, khối lượng công việc làm tăng nguy cơ xảy ra sự cố.

Yếu tố hệ thống: Các yếu tố tích cực: Có nhiều hình thức động viên khuyến khích trong quản lý SCYK. Bệnh viện không truy lỗi cá nhân, tìm và khắc phục lỗi hệ thống.
Yếu tố tiêu cực: Lãnh đạo chưa thực sự quan tâm tới công tác quản lý sự cố y khoa. Đã tổ chức đào tạo, tập huấn về quản lý sự cố y khoa nhưng chưa đem lại hiệu quả. Quy định, quy trình về quản lý sự cố rườm rà chưa hiệu

quả trong quản lý sự cố y khoa. Chưa có sự phối hợp của các khoa/phòng trong quản lý sự cố y khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wright J, Lawton R, al. e. Improving patient safety through the involvement of patients: Development and evaluation of novel interventions to engage patients in preventing patient safety incidents and protecting them against unintended harm. Programme Grants for Applied Research. 42016.
2. Leape L, Brennan T, Laird N, al. e. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med. 1991;324(377-84).
3. Tổng cục Tiêu chuẩn đo lường Chất lượng. Tiêu chuẩn quốc gia TCVN ISO 31000:2011 về Quản lý rủi ro - hướng dẫn. 2011.
4. Bộ Y tế. Hướng dẫn phòng ngừa sự cố y khoa trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Ban hành kèm theo Thông tư số 43/2018/TT-BYT ngày 26/12/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế. 2018.
5. Rebecca J. Baines. Monitoring Adverse Events In Hospitals How safe are hospitals for patients? 2018.
6. World Health Organization. 10 Facts on Patient Safety. 2018.
7. Phòng Quản lý chất lượng. Hệ thống phân loại sự cố An toàn người bệnh theo HPI. Bệnh Viện Quận 2. 2015.
8. Bệnh Viện Quận 2. Quy định Hệ thống theo dõi, báo cáo Sự cố y khoa. Ban hành kèm theo Quyết định số 165/QĐ-BV ngày 24/4/2019 của Giám đốc Bệnh viện Quận 2. 2019.
9. Trần Thị Bích Bo. Kiến thức, thái độ, hành vi báo cáo sự cố y khoa của nhân viên y tế tại các khoa lâm sàng bệnh viện quận Thủ Đức năm 2017 và một số yếu tố ảnh hưởng. Luận Văn Thạc Sĩ Quản Lý Bệnh Viện. 2017.
10. HA N, S M. Practices in Hospital Quality Management and Patient Safety in Vietnam: Challenges and Achievements (Vol.3). : Tokyo, Japan: National Center for Global Health and Medicine (NCGM). 2018.
11. Hwang Ji, Lee SI, HA. P. Barriers to the operation of patient safety incident reporting systems in korean general hospitals. Healthc Inform Res. 2012;18(4):279-86.
12. Adriana Parrella, Annette Braunack-Mayer, al. e. Healthcare providers' knowledge, experience and challenges of reporting adverse events

- following immunisation: a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2013;13:313.
13. Wu. AW. Medical error: the second victim: The doctor who makes the mistake needs help too. BMJ. 2000;320(7237):726-7.
 14. Luân NT, Phương NTB. Rào cản trong báo cáo sự cố sai sót tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh năm 2018. Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2018.
 15. C Vincent, Neale MW. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. BMJ. 2001;322(7285):517-9.
 16. Bệnh viện Quận 2. Giới thiệu Bệnh viện Quận 2. Phòng Công tác xã hội Bệnh viện Quận 2. 2020.
 17. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors Washington (DC): National Academies Press (US). 2000.
 18. Health Quality Ontario. Patient Safety Learning Systems: A Systematic Review and Qualitative Synthesis. 2017(1915-7398 (Electronic)).
 19. Minh SYtTHC. Khuyến cáo xây dựng văn hoá an toàn người bệnh tại các bệnh viện. Ban hành theo công văn số 4233/SYT-NVY ngày 12/5/2016. 2016.

Adverse event management and some related factors at the District 2 Hospital

Ngô Hoàng Anh¹, Phạm Thị Thao¹, Bui Thi Tu Quyên²

¹ District 2 hospital

²Hanoi University of Public Health

Abstract: Medical incident management is the activities to take remedial measures and prevent recurrence of the incident. Research is conducted to understand the issues surrounding medical incidents. This mixed-method study was conducted at the District 2 Hospital, Ho Chi Minh city in 2021 with the aim to identify the current situation and analyze some factors affecting adverse event management at the hospital. We selected 98 reported incidents, there were seven in-depth interviews (IDIs) and two focus group discussions (FGDs) have been conducted. Results: 60.2% of adverse events reported by nurse/technician. Adverse events due to practice errors of medical staff (MS) accounted for 52.04%. 76.53% of adverse events have been reviewed with root cause analysis (RCA). A number of factors affect medical incident management: (1) Positive factors: many forms of encouragement, finding and fixing system errors instead of looking for individual errors; (2) Negative factors: difficulty in accessing information; fear of punishment; work pressure, Lack of leadership interest in medical incident management, the trainings have not been effective, the cumbersome regulations and procedures, lack of coordination of departments/departments in medical incident management. Recommendations: Improving the training on access to information and awareness of medical incidents; Increasing leadership interest in medical incident management; Simplifying the medical incident reporting process and form; Increasing the involvement of departments in medical incident management.

Keywords: medical incident management, influencing factors, Ho Chi Minh City