

BỘ Y TẾ
VIỆN KHOA HỌC QUẢN LÝ Y TẾ



GIÁO TRÌNH
ĐÀO TẠO TĂNG CƯỜNG
NĂNG LỰC QUẢN LÝ ĐIỀU DƯỠNG

Hà Nội - 5/2021

BỘ Y TẾ
VIỆN KHOA HỌC QUẢN LÝ Y TẾ

GIÁO TRÌNH
ĐÀO TẠO TĂNG CƯỜNG
NĂNG LỰC QUẢN LÝ ĐIỀU DƯỠNG

HÀ NỘI, 2021

CHỦ BIÊN: TS. Vũ Văn Đầu

TS. Nguyễn Thị Nguyệt

THAM GIA BIÊN SOẠN:

TS. Vũ Văn Đầu

TS. Nguyễn Thị Nguyệt

Th.S. Khúc Thị Hồng Anh

Th.S. Đoàn Thị Vân

TS. Trần Quang Huy

GS.TS. Phan Văn Tường

THƯ KÝ: TS. Nguyễn Thị Nguyệt

LỜI NÓI ĐẦU

Giáo trình đào tạo Tăng cường năng lực quản lý Điều dưỡng là một tài liệu giảng dạy được xây dựng để nhằm cung cấp kiến thức, kỹ năng và thái độ về cách thức quản lý và điều hành trong công tác điều dưỡng. Giáo trình này giúp người học có cái nhìn sát thực nhất về cách quản lý công việc và nhân lực tại các cơ sở y tế nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe cho người bệnh và cộng đồng. Tài liệu này cũng cung cấp những kiến thức và kỹ năng cần thiết của người điều dưỡng trong vai trò người lãnh đạo, quản lý và cũng là thành viên quan trọng của nhóm chăm sóc và quản lý chăm sóc sức khỏe người bệnh. Giáo trình này gồm 14 bài:

Bài 1: Các phong cách lãnh đạo và quản lý

Bài 2: Quản lý dựa vào kết quả (results based management - RBM)

Bài 3: Kỹ năng giải quyết vấn đề và lập kế hoạch

Bài 4: Kỹ năng làm việc nhóm và tổ chức cuộc họp

Bài 5: Kỹ năng giám sát và đánh giá công tác điều dưỡng

Bài 6: Quản lý nhân lực tại các cơ sở y tế

Bài 7: Chăm sóc toàn diện và các mô hình phân công chăm sóc

Bài 8: Quản lý chất lượng và đánh giá chất lượng chăm sóc người bệnh trong bệnh viện

Bài 9: An toàn người bệnh

Bài 10: Quản lý đào tạo liên tục

Bài 11: Các phương pháp dạy học theo năng lực

Bài 12: Lượng giá – Đánh giá học tập

Bài 13: Vai trò nghiên cứu khoa học và thực hành dựa vào bằng chứng

Bài 14: Xây dựng hướng dẫn thực hành chăm sóc dựa vào bằng chứng.

Cuốn tài liệu này dùng cho Điều dưỡng quản lý cũng như Điều dưỡng viên và cũng có thể làm tài liệu cho sinh viên điều dưỡng đọc và tham khảo. Tài liệu được biên soạn bởi các Giảng viên có kinh nghiệm và chuyên môn cao trong ngành Điều dưỡng.

Trong quá trình biên soạn, mặc dù các tác giả đã rất cố gắng nhưng chắc chắn sẽ không tránh khỏi các thiếu sót, chúng tôi mong nhận được sự đóng góp của quý đồng nghiệp và quý bạn đọc.

THAY MẶT NHÓM TÁC GIẢ

TS. NGUYỄN THỊ NGUYỆT

CHÚ THÍCH VIẾT TẮT

BHYT	Bảo hiểm y tế
BV	Bệnh viện
BYT	Bộ Y tế
CSNB	Chăm sóc người bệnh
CSNBTD	Chăm sóc người bệnh toàn diện
CSSK	Chăm sóc sức khỏe
ĐD	Điều dưỡng
ĐDT	Điều dưỡng trưởng
ĐDV	Điều dưỡng viên
HS	Hộ sinh
HSV	Hộ sinh viên
KBCB	Khám bệnh chữa bệnh
KCB	Khám chữa bệnh
NB	Người bệnh
TCYTTG	Tổ chức Y tế Thế giới

MỤC LỤC

BÀI 1. CÁC PHONG CÁCH LÃNH ĐẠO VÀ QUẢN LÝ	2
BÀI 2. QUẢN LÝ DỰA VÀO KẾT QUẢ.....	24
BÀI 3. KỸ NĂNG GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ VÀ LẬP KẾ HOẠCH.....	42
BÀI 4. KỸ NĂNG LÀM VIỆC NHÓM VÀ TỔ CHỨC CUỘC HỌP	66
BÀI 5. KỸ NĂNG GIÁM SÁT VÀ ĐÁNH GIÁ CÔNG TÁC ĐIỀU DƯỠNG	89
BÀI 6. QUẢN LÝ NHÂN LỰC ĐIỀU DƯỠNG TẠI CÁC CƠ SỞ Y TẾ.....	105
BÀI 7. CHĂM SÓC TOÀN DIỆN VÀ CÁC MÔ HÌNH PHÂN CÔNG CHĂM SÓC	129
BÀI 8. QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG VÀ ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG.....	150
CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRONG BỆNH VIỆN	150
BÀI 9. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH	177
BÀI 10. QUẢN LÝ ĐÀO TẠO LIÊN TỤC	231
BÀI 11. CÁC PHƯƠNG PHÁP DẠY HỌC THEO NĂNG LỰC	281
BÀI 12. LƯỢNG GIÁ - ĐÁNH GIÁ HỌC TẬP.....	293
BÀI 13. VAI TRÒ NGHIÊN CỨU KHOA HỌC VÀ THỰC HÀNH	307
DỰA VÀO BẰNG CHỨNG.....	307
BÀI 14. XÂY DỰNG HƯỚNG DẪN THỰC HÀNH CHĂM SÓC	327
DỰA VÀO BẰNG CHỨNG.....	327

BÀI 1. CÁC PHONG CÁCH LÃNH ĐẠO VÀ QUẢN LÝ

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được khái niệm về quản lý, lãnh đạo và phân biệt được sự giống nhau và khác nhau giữa quản lý và lãnh đạo.
2. Phân tích được các phong cách quản lý và lãnh đạo hiệu quả, những phẩm chất dẫn đến thành công và những phẩm chất không phù hợp.
3. Vận dụng phong cách quản lý/lãnh đạo phù hợp để quản lý nhân viên và công tác điều dưỡng hiệu quả
4. Tích cực rèn luyện phẩm chất dẫn đến thành công của người quản lý và luôn ủng hộ, đổi mới phong cách quản lý, lãnh đạo để có phong cách lãnh đạo, quản lý phù hợp, hiệu quả trong công việc.

NỘI DUNG

1. KHÁI NIỆM VỀ QUẢN LÝ VÀ LÃNH ĐẠO

1.1. Các khái niệm về quản lý

Quản lý là gì? câu hỏi mà bất cứ người học quản lý nào cũng muốn lý giải. Khái niệm quản lý có tính đa nghĩa, có sự khác biệt giữa nghĩa rộng và nghĩa hẹp và có sự nhận thức khác nhau theo thời đại, xã hội, nghề nghiệp nên cho đến nay vẫn chưa có một định nghĩa thống nhất về quản lý. Các trường phái quản lý học đã đưa ra những định nghĩa về quản lý như sau:

Henri Fayol (1841-1925): Quản lý là dự báo, lập kế hoạch, tổ chức, chỉ đạo, điều phối và kiểm soát “To manage is to forecast and to plan, to organize, to command, to co-ordinate and to control”.

Mary Parker Follet (1868-1933): Quản lý là nghệ thuật làm cho các công việc được thực hiện bởi mọi người “Management is getting things done through people.”

Harold Koontz (1909-1984): Quản lý là một nghệ thuật làm cho mọi công việc được thực hiện thông qua các nhóm người trong một tổ chức chính thức “Management is the art of getting things done through and with people in formally organized groups”.

Quản lý là sự tác động của đối tượng quản lý lên khách thể quản lý nhằm đạt được mục

tiêu đặt ra trong điều kiện biến động của môi trường.

Quy trình quản lý bao gồm: (1) Lập kế hoạch quyết định những gì cần phải làm việc xác định đúng các mục tiêu của tổ chức có vai trò đặc biệt quan trọng, nó định hướng và chi phối hoạt động của toàn bộ hệ thống; nếu mục tiêu đúng sẽ tạo động lực phát triển, ngược lại mục tiêu sai sẽ dẫn đến thất bại; (2) Tổ chức thực hiện xác định mô hình tổ chức, phân công công việc thích hợp, đào tạo nhân lực; xác định các hoạt động, mô tả công việc, tiến độ công việc và điều chỉnh nguồn lực để đạt được mục tiêu đề ra; (3) Đánh giá kết quả thực hiện kế hoạch.

1.2 Khái niệm về lãnh đạo

Theo Warren Bennis, tác giả cuốn sách nổi tiếng Những người lãnh đạo “The Leaders” có tới hơn 850 định nghĩa khác nhau về lãnh đạo và đã có nhiều công trình nghiên cứu đánh giá về lãnh đạo nhưng vẫn chưa đi tới một sự thống nhất lãnh đạo là gì.

“Lãnh đạo là quá trình tạo ảnh hưởng tới những người khác để họ tin, đi theo và làm theo cách thức mà người lãnh đạo đề ra”.

Theo Ken Blanchard, chìa khóa để lãnh đạo thành công ngày nay là ảnh hưởng của người lãnh đạo tới những người khác, chứ không phải quyền lực từ cái ghế. Nếu bạn muốn lãnh đạo người khác, bạn không thể chỉ sử dụng quyền lực từ cái ghế của mình.

Trong một xã hội văn minh, càng ngày quyền lực do chức vụ, địa vị đem lại càng giảm. Xã hội càng phát triển ở bậc càng cao, quyền lực đơn thuần do chức vụ đem lại càng ít đi và lãnh đạo càng phải chú ý đến quần chúng mà mình muốn tập hợp hoặc dưới mình hơn.

Người lãnh đạo phải đưa ra mục tiêu, tầm nhìn và là người đề ra đường lối cho tổ chức của mình, chấp nhận những thách thức và nhìn nhận những con đường người khác né tránh là một cơ hội cho một lợi thế cạnh tranh và sẵn sàng phá vỡ những rào cản, những nguyên tắc cố hữu để đạt đến thành công.

Người lãnh đạo tập trung vào con người, tạo dựng lòng trung thành của nhân viên, động viên, tạo cảm hứng cho người khác, chấp hành là việc làm tự nguyện và người lãnh đạo không thể chỉ giao việc mà không truyền cảm hứng cho người thừa hành. Ngoài ra, một khác biệt quan trọng giữa lãnh đạo và quản lý là ở chỗ trong khi người quản lý làm việc theo đúng cách mà pháp luật quy định thì người lãnh đạo làm đúng việc và xác định cách làm đúng, đường lối đúng.

Người lãnh đạo hiệu quả là người xác định được các trọng tâm hoạt động và tập trung

vào 7 nhiệm vụ dưới đây:

- Thiết lập tầm nhìn cho tổ chức
- Tập hợp và động viên toàn bộ nhân viên
- Xây dựng chiến lược phát triển cho tổ chức
- Ra quyết định đúng
- Lãnh đạo thực hiện những sự đổi mới trong tổ chức
- Tạo dựng môi trường làm việc lành mạnh

Thế kỷ 21 là thế kỷ của toàn cầu hóa, hội nhập kinh tế quốc tế, nhiều biến động toàn cầu, sự cạnh tranh gay gắt, sự tiến bộ nhanh chóng của khoa học kỹ thuật, sự đa dạng, liên kết chặt chẽ và đa văn hóa.

Ngành y tế và bệnh viện không ngoại lệ trong xu hướng chung của thời đại, vì vậy, Điều dưỡng trưởng là những người quản lý hoạt động chăm sóc người bệnh cũng bị tác động của những thay đổi cả bên ngoài ngành y tế và bên trong ngành y tế. Do đó Điều dưỡng trưởng phải chuẩn bị cho mình hành trang để đón nhận những thay đổi và làm chủ được sự thay đổi.

2. Phân biệt quản lý và lãnh đạo

Quản lý và lãnh đạo (Management and Leadership) là hai thuật ngữ được sử dụng trong việc quản lý con người và xã hội. Cả hai thuật ngữ đều có nghĩa là điều khiển và tác động đến con người, đến môi trường nhưng khác nhau về mức độ và phương pháp tiến hành. Quản lý là quá trình chủ thể quản lý tác động lên đối tượng quản lý để đạt được mục tiêu cụ thể đã đề ra và là lãnh đạo để thực hiện các mục tiêu dài hạn.

Lãnh đạo là quá trình dẫn dắt, định hướng dài hạn cho chuỗi các tác động của chủ thể quản lý và là quản lý các mục tiêu rộng hơn, xa hơn và khái quát hơn. Theo Rost: Lãnh đạo và quản lý đều do chủ thể tiến hành, nhưng quản lý là nói về quyền hạn và ngược lại lãnh đạo nói về tầm ảnh hưởng hay sự cảm hóa. Khác biệt lớn nhất giữa lãnh đạo và quản lý nằm ở biện pháp thúc đẩy những nhân viên.

Sự khác biệt lớn nhất giữa người lãnh đạo và nhà quản lý nằm ở cách thức họ khuyến khích người lao động, sự khác biệt này cũng điều chỉnh những hành vi khác của họ. Peter Druker cha đẻ của kinh doanh hiện đại phân biệt sự khác nhau cơ bản giữa quản lý và lãnh đạo như sau ***“Quản lý là làm việc đúng quy định, đúng pháp luật -***

Management is doing things right; lãnh đạo là xác định cách làm đúng, đường lối đúng - Leadership is doing the right things.

Người lãnh đạo phải có nghị lực và sự can đảm. Triết gia Arthur Schopenhauer đã nói: mọi chân lý đều qua ba giai đoạn. Đầu tiên bị chế giễu, sau đó bị phản đối kịch liệt và cuối cùng được chấp nhận là điều hiển nhiên. Vì vậy, người lãnh đạo phải chuẩn bị để chịu sự phản đối và sẵn sàng để bị chế nhạo, để rồi cuối cùng được sự chấp nhận hiển nhiên.

2.1. Sự giống và khác nhau giữa lãnh đạo và quản lý

Quản lý và lãnh đạo (Management and Leadership) là hai thuật ngữ được sử dụng trong việc quản lý con người và xã hội. Cả hai thuật ngữ đều có nghĩa là điều khiển và tác động đến con người, đến môi trường nhưng khác nhau về mức độ và phương pháp tiến hành. Quản lý là quá trình chủ thể quản lý tác động lên đối tượng quản lý để đạt được mục tiêu cụ thể đã đề ra và là lãnh đạo để thực hiện các mục tiêu dài hạn.

Lãnh đạo là quá trình dẫn dắt, định hướng dài hạn cho chuỗi các tác động của chủ thể quản lý và là quản lý các mục tiêu rộng hơn, xa hơn và khái quát hơn. Theo Rost, lãnh đạo và quản lý đều do chủ thể tiến hành, nhưng quản lý là nói về quyền hạn còn lãnh đạo nói về tầm ảnh hưởng hay sự cảm hóa. Khác biệt lớn nhất giữa lãnh đạo và quản lý nằm ở biện pháp thúc đẩy những nhân viên.

Sự khác biệt lớn nhất giữa người lãnh đạo và nhà quản lý nằm ở cách thức họ khuyến khích người lao động, sự khác biệt này cũng điều chỉnh những hành vi khác của họ. Peter Druker cha đẻ của kinh doanh hiện đại phân biệt sự khác nhau cơ bản giữa quản lý và lãnh đạo như sau “*Quản lý là làm việc đúng quy định, đúng pháp luật - Management is doing things right; lãnh đạo là xác định cách làm đúng, đường lối đúng - Leadership is doing the right things.*”

Người lãnh đạo phải có nghị lực và sự can đảm. Triết gia Arthur Schopenhauer đã nói: mọi chân lý đều qua ba giai đoạn. Đầu tiên bị chế giễu, sau đó bị phản đối kịch liệt và cuối cùng được chấp nhận là điều hiển nhiên. Vì vậy, người lãnh đạo phải chuẩn bị để chịu sự phản đối và sẵn sàng để bị chế nhạo, để rồi cuối cùng được sự chấp nhận hiển nhiên.

2.2. Phân biệt hiệu suất và hiệu quả trong quản lý, lãnh đạo

- Hiệu suất gắn liền với sử dụng nguồn lực, trong khi hiệu quả gắn liền với mục tiêu thực hiện.

- Hiệu suất tỷ lệ thuận với hiệu quả nhưng tỷ lệ nghịch với chi phí bỏ ra.

- Khi nói tới quản lý là nói tới hiệu suất (efficiency). Nói cách khác, hiệu suất là lý do tồn tại của hoạt động quản lý. Hoạt động quản lý có hiệu suất khi:

- + Đầu vào giảm và đầu ra giữ nguyên. Ví dụ: một bác sĩ sử dụng phương pháp khám lâm sàng và X quang phổi để chẩn đoán được chính xác một người bị viêm phổi là bác sĩ làm việc có hiệu suất cao (đạt được mục tiêu chẩn đoán chính xác người bệnh viêm phổi) với việc sử dụng nguồn lực tối thiểu.

- + Đầu vào tăng và đầu ra giữ nguyên. Ví dụ: cũng là người bệnh nói trên nhưng bác sĩ chỉ định thêm các xét nghiệm khác hoặc chỉ định xét nghiệm đắt tiền (chụp CT scanner) để chẩn đoán người bệnh viêm phổi thì bác sĩ làm việc có hiệu suất thấp (đầu vào tăng, đầu ra giữ nguyên)

- + Đầu vào giữ nguyên và đầu ra tăng lên. Ví dụ: Công suất sử dụng giường bệnh của nhiều bệnh viện tăng 120 – 150% trong khi giữ nguyên đầu vào (nhân lực, giường bệnh kế hoạch). Tuy nhiên, trong hoạt động khám chữa bệnh cần lưu ý bài toán tổng thể về hiệu suất, đó là chi phí từ cả hai đối tác là tổ chức cung cấp dịch vụ và người nhận dịch vụ.

3. Phân loại các mô hình quản lý và lãnh đạo.

Vào những năm 1940, các nhà nghiên cứu Đại học Ohio của Mỹ đã tiến hành một loạt các cuộc điều tra trong các tổ chức. Mục đích của các cuộc điều tra này nhằm phân loại các hành vi của các nhà quản lý và lãnh đạo theo mức độ quan tâm đến công việc và quan tâm đến con người.

3.1. Mô hình lấy con người là trung tâm

Mô hình quản lý và lãnh đạo chú trọng tới con người có đặc trưng nổi bật là đối xử dựa trên sự tôn trọng lẫn nhau, giảm đến mức tối thiểu việc sử dụng quyền lực để ép buộc nhân viên dưới quyền. Những hành vi điển hình của nhà lãnh đạo lấy con người làm trung tâm là:

- Tạo môi trường làm việc thân thiện.

- Tạo động cơ làm việc.
- Thúc đẩy ý thức làm việc theo nhóm.
- Quan tâm đến lợi ích của mọi nhân viên.
- Giúp đỡ nhân viên giải quyết những vấn đề cá nhân của họ.
- Đối xử với nhân viên một cách thân thiện và gần gũi.
- Khen thưởng kịp thời những nhân viên hoàn thành tốt công việc.

Phong cách lãnh đạo này đem lại sự hài lòng cao cho nhân viên, tạo sự hợp tác và làm tăng động lực thúc đẩy nhân viên và làm giảm tỉ lệ phản nản, bỏ việc.

3.2. Mô hình lấy sản phẩm/ đối tượng phục vụ làm trung tâm

Phong cách lãnh đạo này dựa trên cơ sở những giả thuyết. Những hành vi điển hình của nhà lãnh đạo lấy sản phẩm/công việc làm trung tâm, bao gồm:

- Thiết lập các tiêu chuẩn công việc.
- Phân công nhân viên đảm nhiệm từng công việc cụ thể.
- Cung cấp các nguồn lực theo yêu cầu của công việc.
- Đưa ra quy trình công việc.
- Kiểm tra, giám sát kết quả thực hiện.

4. Phân loại phong cách quản lý và lãnh đạo

4.1. Phong cách quản lý và lãnh đạo độc đoán

a). Đặc điểm phong cách lãnh đạo độc đoán

Đặc điểm của người lãnh đạo độc đoán là tập trung quyền lực vào một người trong việc thiết lập mục tiêu, ra quyết định dựa trên định hướng cá nhân, thông tin một chiều, giám sát chặt chẽ và khen thưởng, kỷ luật nghiêm minh. Phong cách quản lý độc đoán được biểu hiện cụ thể như sau:

- *Thiết lập mục tiêu:* Nhà quản lý thường thiết lập các mục tiêu ngắn hạn với nhân viên, chẳng hạn “Mục tiêu của anh trong tháng này là hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án”. Khi mục tiêu đã được xác định rõ ràng và thời gian cũng được ấn định, thì người nhân viên biết rõ nhà quản lý mong chờ ở anh ta điều gì. Các mục tiêu và thời hạn thường là động lực thúc đẩy nhân viên.
- *Cách thức ra quyết định:* Người lãnh đạo có phong cách độc đoán thường nói với nhân viên dưới quyền “Bây giờ tôi muốn anh dừng ngay những việc đang làm và giúp chuẩn bị một phòng họp để chiều nay tiếp khách”. Khi nảy sinh vấn đề cần giải quyết,

nhà lãnh đạo tự mình đưa ra quyết định và hướng dẫn cụ thể về cách làm thế nào để cải tiến công việc tốt hơn.

- *Cách thức chỉ đạo:* Điều hành nhân viên phải làm những gì người lãnh đạo muốn và hoàn thành công việc theo định hướng được người lãnh đạo đã đưa ra. Người quản lý đưa ra chỉ thị, biện pháp quyết đoán và chỉ đạo nghiêm ngặt đối với cấp dưới. Phong cách quản lý này cho phép nhân viên biết những gì họ cần phải làm, họ sẽ làm như thế nào và lúc nào các nhiệm vụ phải hoàn thành.

- *Thông tin quản lý:* Thông tin một chiều từ trên xuống và giới hạn ở việc ra quyết định ở cấp cao nhất, không cho phép nhân viên trực tiếp tham gia vào quá trình ra quyết định. Thông thường, người lãnh đạo nói và nhân viên lắng nghe. Cách giao tiếp của nhà quản lý ngắn gọn, nhân viên biết chính xác họ phải làm gì. Khi muốn nhận thông tin phản hồi từ nhân viên, họ thường chỉ đặt một câu hỏi “Anh đã hiểu cần phải làm gì chưa?”.

- *Kiểm soát thực hiện và cung cấp thông tin phản hồi:* Thiết lập các khâu kiểm soát nhất định để điều khiển quá trình thực hiện công việc. Cách đưa mệnh lệnh của họ thường là: “Hãy quay trở lại gặp tôi vào lúc 11 giờ trưa và báo cáo tóm tắt những công việc mà anh đã làm xong”.

- *Khen thưởng và ghi nhận công việc:* Người lãnh đạo cảm thấy hài lòng khi nhân viên dưới quyền làm đúng theo sự hướng dẫn của mình. Họ thường nói “Công việc rất tuyệt vời, anh đã làm chính xác những gì mà tôi đã nói với anh”, đó là câu nói thể hiện thái độ hài lòng của người quản lý đối với nhân viên.

b). Ưu điểm của phong cách lãnh đạo độc đoán

- Phát huy tính hiệu lực của nhà quản lý.
- Hiệu suất công việc cao khi có mặt người quản lý.
- Tạo nề nếp kỷ luật cao trong tổ chức khi có mặt người quản lý.

c). Nhược điểm

- Không khí làm việc luôn căng thẳng và lo sợ ảnh hưởng đến kết quả công việc.
- Hiệu quả làm việc không cao do nhân viên không cảm phục người lãnh đạo dẫn đến làm việc không hết tâm.
- Các quyết định quản lý mang tính chủ quan duy ý chí nên tính khả thi công việc không cao.
- Tính năng động, sáng tạo của cấp dưới bị kìm hãm.

- Người lãnh đạo dễ nảy sinh tâm lý chuyên quyền, hách dịch, ảnh hưởng không tốt đến tổ chức.
- Nhân viên là đối tượng phụ thuộc

d). Khi nào cần áp dụng phong cách lãnh đạo-quản lý độc đoán

Phong cách này chỉ nên giới hạn và áp dụng trong những điều kiện và hoàn cảnh thích hợp như: tổ chức mới hình thành, chưa đi vào ổn định nề nếp hoạt động. Một tổ chức đang trong tình trạng trì trệ, thiếu kỷ luật, tính tự giác của nhân viên. Công việc cần giải quyết mang tính cấp bách. Trình độ nhân viên thấp, chưa có kinh nghiệm, cấp trên chưa tin tưởng cấp dưới.

4.2 Phong cách quản lý và lãnh đạo dân chủ

a). Đặc điểm của phong cách lãnh đạo dân chủ

- *Cách thức giao tiếp:* Giao tiếp hai chiều là quy tắc của các nhà lãnh đạo dân chủ. “Họ đi xung quanh bàn và tạo cho mọi người có cơ hội trao đổi ý kiến của mình”. Nhà quản lý sẽ dành rất nhiều thời gian để đặt câu hỏi và lắng nghe. Họ cùng hội thoại với nhân viên và chia sẻ các ý kiến của mình trong quá trình thảo luận. Những nhà lãnh đạo theo phong cách dân chủ thường tận dụng thời gian để thảo luận các vấn đề quan trọng của tổ chức đối với nhân viên. Người lãnh đạo đóng vai trò như là một nhân tố đảm bảo cho các cuộc thảo luận đi đúng hướng và tất cả mọi nhân viên đều có cơ hội góp ý kiến.
- *Thiết lập mục tiêu:* Người quản lý thường nói: “Hoa, bạn nghĩ mục tiêu chuyên môn của chúng ta nên thiết lập cho quý tới là gì?”. Nhà lãnh đạo biết kết hợp những kiến thức, ý tưởng của từng nhân viên để đưa ra mục tiêu cho tổ chức.
- *Ra quyết định:* Người lãnh đạo thường đưa ra đầu bài: “Chúng ta đang gặp vấn đề khó khăn về việc thực hiện tiêu an toàn, bạn nghĩ chúng ta nên làm như thế nào?”. Quyết định chỉ được đưa ra sau khi có sự cộng tác và phối hợp của nhân viên. Cả người lãnh đạo và nhân viên đều đóng vai trò chủ động, tích cực trong việc xác định vấn đề, đánh giá sự lựa chọn và ra quyết định.
- *Kiểm soát việc thực hiện và cung cấp thông tin:* Người lãnh đạo và nhân viên cùng kiểm soát quá trình thực hiện và thảo luận xem cần phải tiến hành những hành động nào khác. Công việc sẽ đạt được kết quả tốt nhất khi cả hai bên cùng cởi mở và có những điều chỉnh khi thấy cần thiết.
- *Khen thưởng và ghi nhận công lao:* Người lãnh đạo thường nói: “Hoa, chị đã có một

giải pháp rất tốt cho công việc”. Người lãnh đạo ghi nhận những thành quả đóng góp của các nhân viên trong cuộc thảo luận, xây dựng ý tưởng cùng với người khác và gợi mở ra những ý tưởng mới.

b). Ưu điểm của phong cách lãnh đạo dân chủ

Ưu điểm của phong cách dân chủ là nó cho phép khai thác những sáng kiến, kinh nghiệm của những người dưới quyền, của tập thể. Từ đó, nó tạo ra một sự thỏa mãn lớn cho người dưới quyền vì tạo ra được cảm giác về được chấp nhận và được tham gia. Người lao động cảm thấy thỏa mãn vì họ được thực hiện những công việc do chính họ đề ra, thậm chí được tham gia đánh giá kết quả công việc.

c). Nhược điểm

Nhược điểm của phong cách dân chủ là quá trình tốn kém thời gian. Trong rất nhiều trường hợp, việc bàn bạc kéo dài mà không đi tới được quyết định trong khi thời gian giải quyết nhiệm vụ không cho phép kéo dài.

Có thể nói, phong cách lãnh đạo dân chủ không có nhược điểm lớn mà là thách thức đối với người quản lý và lãnh đạo, đòi hỏi họ phải dành thời gian để thông tin, để trao đổi, để lắng nghe ý kiến đề xuất từ cấp dưới và từ quần chúng nhân dân.

Nhưng điều khác biệt quan trọng giữa lãnh đạo dân chủ và mị dân là ở chỗ người lãnh đạo dân chủ vừa phải biết lắng nghe, lại vừa phải quyết đoán để không đánh mất thời cơ. Thực tế chứng minh rằng có nhiều cách để người quản lý và lãnh đạo thành công nhưng mị dân hoặc cố gắng làm hài lòng mọi người là con đường đi đến thất bại. Vì vậy, người lãnh đạo cần gắn lý luận với thực tiễn, không quan liêu, độc đoán, nhưng cũng không theo đuôi quần chúng và phải là người dám chịu trách nhiệm cả với cấp trên, cấp dưới và người dân về hiệu quả công việc, sẵn sàng thực hiện phê bình và tự phê bình.

d). Áp dụng phong cách lãnh đạo dân chủ

Phong cách lãnh đạo dân chủ đặc biệt thích hợp khi cần câu trả lời cho các vấn đề như: “Mục tiêu của chúng ta là gì?”; “Tiêu chuẩn chất lượng chúng ta cần là gì?”; “Tiến trình thực hiện công việc nên tiến hành như thế nào?”; “Ai nên làm công việc này”, v.v... Phong cách lãnh đạo dân chủ có hiệu quả vì nó khuyến khích mỗi nhân viên bộc lộ chính kiến riêng và tự tin nói ra quan điểm riêng của mình.

Phong cách lãnh đạo dân chủ áp dụng tốt nhất ở những nơi quy mô tổ chức có tính chuyên môn hóa cao, ổn định hoạt động. Nhân viên làm việc theo nề nếp, có tính kỷ luật cao. Nhà

lãnh đạo có khả năng điều hành và kiểm soát tốt.

4.3 Phong cách quản lý và lãnh đạo ủy quyền

Ủy quyền là việc làm cần thiết và là một trong những tiêu chuẩn quan trọng của người lãnh đạo thành công. Ủy quyền không phải là giao việc mà mình không thích làm cho người khác.

a). Đặc điểm

Những nhà lãnh đạo sử dụng phong cách này thường giải thích hoặc đưa ra những yêu cầu công việc cần được thực hiện và khi nào phải hoàn thành công việc đó. Còn cách thức làm thì giao quyền do người nhân viên quyết định.

- *Cách thức giao tiếp*: Đối với những công việc cần thực hiện, các giao tiếp có thể chỉ là một chiều. Ví dụ: “Thanh, anh hãy thảo luận với các thành viên trong nhóm để xây dựng kế hoạch hoạt động của nhóm và báo cáo cho tôi biết vào đầu tuần sau.” Trong trường hợp khác lại là hai chiều: “Thanh, tôi muốn trao đổi với anh về một số trọng tâm công tác của đơn vị và anh giúp tôi xây dựng kế hoạch hoạt động quý hai của cơ quan, đồng thời báo cáo cho tôi vào cuối tuần sau”.

- *Thiết lập mục tiêu*: Mục tiêu có thể được người lãnh đạo thiết lập ngay hoặc có thể ủy quyền cho cộng sự đề xuất. Thất bại trong sự giao phó công việc có thể do nhân viên không hiểu ý kiến của người lãnh đạo hoặc không tự tin vào chính sự giao phó đó.

- *Ra quyết định*: Quyết định thực hiện nhiệm vụ được ủy quyền cho cấp dưới và cấp dưới có quyền chọn lựa những phương cách thích hợp để đạt được kết quả mong đợi. Người lãnh đạo phải tiếp tục duy trì sự ủy quyền khi nhân viên không muốn tự mình nhận lấy trách nhiệm ra quyết định và tìm cách “trả lại” quyền ra quyết định cho người lãnh đạo.

- *Kiểm soát quá trình thực hiện và cung cấp thông tin*: Người lãnh đạo ủy quyền thường nói: “Tôi muốn trong vòng một tuần, anh phải hoàn thành đề cương của đề án cải tiến mô hình chăm sóc người bệnh và báo cáo kết quả cho tôi biết”. Người lãnh đạo ủy quyền thường quyết định cách thức kiểm soát công việc, số lần kiểm soát phụ thuộc vào tính chất ưu tiên của nhiệm vụ và người thực hiện. Cung cấp thông tin phản hồi là trách nhiệm của nhân viên.

- *Khen thưởng và ghi nhận kết quả*: Người lãnh đạo khen thưởng và ghi nhận những ai chứng minh được khả năng làm việc một cách độc lập. Người lãnh đạo theo phong

cách này thường nói: “Hương, bạn đã vượt qua rất nhiều khó khăn để hoàn thành công việc, bạn đã tìm ra được cách giải quyết công việc rất tốt. Thật tuyệt vời!”.

b). Lợi ích của ủy quyền

- Công việc hiệu quả và hiệu suất cao
- Mọi nhân viên đều có cơ hội phát triển năng lực
- Người quản lý có thời gian để tư duy việc lớn
- Ủy quyền giúp gia tăng chất lượng các quyết định.

c). Yếu tố cản trở người quản lý ủy quyền

- Người quản lý sợ ảnh hưởng tới lợi ích cá nhân.
- Người quản lý cho rằng tự làm sẽ nhanh hơn, tốt hơn.
- Người quản lý phải gánh trách nhiệm nếu nhân viên làm sai.
- Nhân viên thiếu kinh nghiệm.
- Nhân viên thiếu trung thành.

d). Áp dụng

Phong cách lãnh đạo ủy quyền thích hợp nhất khi nhân viên là người hiểu biết, có kỹ năng và động lực để hoàn thành công việc. Những nhân viên có kinh nghiệm sẽ không cần người lãnh đạo chỉ dẫn họ phải làm như thế nào, họ tự lựa chọn cách thức thực hiện công việc.

5. Phong cách lãnh đạo dựa vào hoàn cảnh

Fiedler cho rằng hiệu quả của phong cách lãnh đạo dựa vào hoàn cảnh được xác định dựa trên ba yếu tố:

Mối quan hệ giữa nhà lãnh đạo và nhân viên: đây là yếu tố quan trọng nhất, quyết định tính hiệu quả của nhà lãnh đạo. Một nhà lãnh đạo có mối quan hệ tốt với nhân viên và có năng lực chuyên môn có thể không phải phụ thuộc nhiều vào quyền lực trong khi thực thi vai trò lãnh đạo. Ngược lại, nếu nhà lãnh đạo không được nhân viên chấp nhận thì phải dựa vào quyền lực của tổ chức để yêu cầu mọi người làm việc. Như vậy, nếu mối quan hệ với nhân viên tốt thì sẽ dễ dàng cho nhà lãnh đạo trong việc chỉ huy và tổ chức cấp dưới thực hiện công việc. Nếu mối quan hệ này xấu thì nhà lãnh đạo sẽ gặp nhiều khó khăn trong công việc lãnh đạo của mình.

Đặc điểm và tiêu chuẩn của công việc: công việc đơn giản hay phức tạp, yêu cầu về chuẩn mực công việc cao hay thấp, công việc thường quy hay đòi hỏi tính sáng tạo.

Khi các công việc rõ ràng và đơn giản nhân viên dường như không cần đến những chỉ dẫn, nếu áp dụng phong cách chỉ đạo trực tiếp có thể nâng cao kết quả bằng cách ngăn ngừa những sai sót, nhưng nó cũng có thể làm giảm sự hài lòng trong công việc của nhân viên. Trái lại, khi các công việc thuộc loại phức tạp và không rõ ràng thì phong cách chỉ đạo trực tiếp thích hợp hơn so với phong cách lãnh đạo hỗ trợ. Trong những trường hợp này, nhân viên dưới quyền mong muốn người lãnh đạo xác định cách thức để đạt tới mục tiêu công việc.

Quyền hạn của nhà quản lý và lãnh đạo: là quyền hạn do vị trí hay do chức vụ mà tổ chức giao quyền cho người quản lý và lãnh đạo, căn cứ vào đó để đưa ra các mệnh lệnh, các quyết định phù hợp.

6. Những phẩm chất dẫn đến thành công

Trong xã hội và cũng như trong hoạt động của các tổ chức luôn đề cao những người có khả năng lãnh đạo và ai cũng đều mơ ước có một người lãnh đạo với đầy đủ những phẩm chất thiết yếu mà họ mong đợi. Dưới đây là tổng hợp các phẩm chất cơ bản để trở thành người lãnh đạo hiệu quả.

6.1. Có tầm nhìn

Tầm nhìn là sự tuyên bố về hướng phát triển trong tương lai có thể đạt được của một tổ chức và đưa mọi nhân viên đi theo cùng một hướng. Tầm nhìn giúp người lãnh đạo và các thành viên trong tổ chức đưa ra lộ trình phát triển của tổ chức trong tương lai, đưa ra mục tiêu chung cho các thành viên trong tổ chức phấn đấu và định hướng cho việc đưa ra các quyết định ưu tiên đầu tư về nguồn lực.

Trong thực tế, không có người nhỏ bé mà chỉ có tầm nhìn nhỏ bé. Người lãnh đạo trước hết phải biết mình muốn gì thì mới có khát vọng phấn đấu vượt qua mọi thử thách để đạt được điều đó. Người lãnh đạo phải có ước mơ và biến ước mơ thành hiện thực. Con người ai cũng cần có mục tiêu để theo đuổi và nếu không đưa ra mục tiêu cho chính mình thì sẽ không làm chủ được bản thân và dễ dàng bị dẫn dắt theo mục tiêu của người khác.

Nếu điều người quản lý muốn chỉ là phản chiếu những kỳ vọng và những mong muốn của cấp trên và sứ mệnh của anh ta chỉ là thực hiện mong muốn và kỳ vọng của cấp trên thì anh ta đã thực sự không tồn tại vai trò quản lý của cá nhân mình. Người

quản lý hiệu quả là người có khả năng hài hòa điều mong muốn của mình và kỳ vọng của cấp trên.

Quá trình xây dựng tầm nhìn trải qua ba bước cơ bản:

- Phân tích môi trường: điểm mạnh, điểm yếu, cơ hội và thách thức
- Phát triển tầm nhìn: hướng phát triển để đưa ra tầm nhìn chiến lược mang tính bao quát, dám thực hiện những đổi mới
- Truyền đạt tầm nhìn: làm cho mọi nhân viên hiểu về tầm nhìn của tổ chức, tạo cho nhân viên niềm tin và cam kết phấn đấu đạt được tầm nhìn của tổ chức.

Người lãnh đạo giỏi là người có thể nhìn thấy điều người khác chưa nhìn thấy, tầm nhìn giúp chúng ta tận dụng được cơ hội hiện tại và tương lai và tạo ra các giá trị lớn hơn cho tổ chức phát triển, người ta cho rằng “tầm nhìn tỷ lệ thuận với tài sản của một người”. Vì vậy, người lãnh đạo phải biết xây dựng cho tổ chức một tầm nhìn hướng vào tương lai, một tư duy dài hạn. Nhiệm vụ này có thể chia sẻ với nhiều người khác trong tổ chức nhưng trách nhiệm chính không thể giao phó cho ai khác ngoài người lãnh đạo đứng đầu một tổ chức. Là một người lãnh đạo nếu bạn không có tầm nhìn sẽ không biết dẫn dắt tổ chức của mình đến đâu thì sẽ không thể mang lại tương lai tốt đẹp cho tổ chức của mình.

Gari Selfridje cho rằng người lãnh đạo phải “lãnh đạo” hay nói một cách khác người lãnh đạo một tổ chức giữ vai trò hướng dẫn, lựa chọn mục tiêu, xác định tầm nhìn, bảo vệ tầm nhìn, truyền đạt chiến lược phát triển ở các cấp độ của tổ chức, coi khó khăn là cơ hội, khuyến khích ý tưởng sáng tạo và truyền nhiệt huyết cho nhân viên để tạo năng lượng cho sự đổi mới.

Kinh nghiệm và cách thức làm việc có thể hiệu quả hôm nay nhưng ngày mai thì lại khác. Một người lãnh đạo có tài cần phải nhận thức được những yếu tố tác động đến cơ quan, tổ chức (chính trị, kinh tế, xã hội và những chiều hướng phát triển) và phải biết thức thời với những thay đổi của môi trường bên trong và bên ngoài và biến điều trở ngại thách thức thành cơ hội.

6.2. Tự tin

Tự tin là một trong những phẩm chất dẫn đến thành công. Một người lãnh đạo muốn thành công thì phải tin tưởng vào những gì mình làm, phải tin tưởng vào những gì mình kêu gọi người khác làm và phải có lập trường vững vàng trong các quyết định

của mình, luôn đi thẳng, ngẩng cao đầu và tự tin. Người lãnh đạo phải bình tĩnh và tự chủ trong mọi tình huống để đối mặt với mọi sóng gió và thách thức. Một người lãnh đạo thật sự phải luôn tự tin vào chính mình. Tự tin hình thành từ sự từng trải qua thời gian dài rèn luyện những kỹ năng trong công việc, tích lũy vốn kiến thức rộng cùng với sự thông minh sẵn có. Những phẩm chất thiếu tự tin, bi quan, thất vọng, không làm chủ được bản thân... không phù hợp với người lãnh đạo.

6.3. Ủy quyền

Người đứng đầu tổ chức là người quản lý chứ không phải người làm, sa đà vào nhiều công việc cụ thể sẽ dẫn đến bao biện kém hiệu quả. Ủy quyền là sự giao trách nhiệm và giao quyền thực hiện nhiệm vụ cho một người có đủ năng lực thực hiện và người được ủy quyền phải báo cáo kết quả thực hiện cho người ủy quyền.

Ủy quyền là một trong những tiêu chuẩn quan trọng của người lãnh đạo thành công. Người lãnh đạo có giỏi đến mấy cũng có nguy cơ bị ngập lụt trong những công việc mà lẽ ra họ không phải làm. Ủy quyền cần phải được xem là một trong những kỹ năng được ưu tiên hàng đầu trong công tác của người lãnh đạo nói chung và điều dưỡng trưởng nói riêng. Ủy quyền còn là một công cụ để phát triển năng lực nhân viên và tạo sự đồng thuận trong tập thể.

Nguyên tắc ủy quyền: Phải bảo đảm đúng người đúng việc, phải ủy quyền trong phạm vi trách nhiệm của người ủy quyền và người được ủy quyền, phải đưa ra chỉ dẫn rõ ràng, phải giám sát hỗ trợ nhân viên làm việc và theo dõi kết quả thực hiện.

Hiện nay, có nhiều người lãnh đạo rơi vào tình trạng quá tải công việc, chưa giải quyết xong một việc cụ thể đã có việc khác cần giải quyết. Nếu người lãnh đạo càng ngày càng thấy vất vả và nhiều áp lực thì đó có thể là dấu hiệu của ủy quyền chưa hiệu quả và cũng đồng thời là dấu hiệu của một tổ chức kém hiệu quả. Người quản lý cần nghiên cứu kỹ các yếu tố trở ngại đến sự ủy quyền như: năng lực của nhân viên, niềm tin đối với nhân viên, đặc biệt là cơ chế lợi ích. Đối với những nhân viên mới, độ tin cậy còn thấp nên được ủy quyền công việc, trách nhiệm từ dễ đến khó, từ ít đến nhiều. Nhiều người lãnh đạo có xu hướng cho rằng chỉ có mình họ mới có thể hoàn thành công việc, cần loại bỏ tâm lý này, bởi nhiều trường hợp nhân viên có thể hoàn thành công việc tốt hơn lãnh đạo. Mặt khác, một số người lãnh đạo thích tự mình thực hiện công việc và sẽ dễ dàng dẫn đến sự bao biện, làm thay cho nhân viên, làm cho nhân viên trở nên thụ

động. Tránh ủy quyền cho nhân viên những công việc khó khăn lẽ ra mình phải giải quyết “ủy quyền ngược”.

6.4. Năng lực chuyên môn

Là người Điều dưỡng trưởng bạn luôn có 2 vai trò rất quan trọng bạn cần phải thực thi hàng ngày, đó là vai trò của một người quản lý và vai trò của người chuyên môn. Hai vai trò này có quan hệ mật thiết với nhau, bổ sung cho nhau. Khi bạn là người quản lý các thành viên trong nhóm cần bạn định hướng và dẫn dắt; họ cần có niềm tin là bạn có khả năng định hướng chính xác, chỉ đạo hợp lý và điều phối hiệu quả các hoạt động để mang lại kết quả tốt nhất. Nếu bạn vừa là người quản lý và vừa là một chuyên gia đích thực, các thành viên trong nhóm sẽ ngưỡng mộ năng lực chuyên môn của bạn, họ sẽ đặt niềm tin vào khả năng chỉ đạo, điều hành của bạn.

Để có năng lực chuyên môn bạn cần cập nhật thông tin mới nhất, thông tin tổng quát về ngành nghề của mình cũng như thông tin liên quan đến những công việc cụ thể mình đang làm. Nên khéo léo “giới thiệu” với cấp dưới, đồng nghiệp và cấp trên về kinh nghiệm làm việc liên quan đến công việc của mình khi giao tiếp với đồng nghiệp. Nên chú ý bảo vệ hình ảnh của mình, nếu được yêu cầu hợp tác trong những việc có khả năng thành công thấp, bạn nên phân tích và đưa ra ý kiến tại sao không nên thực hiện, thay vì tham gia một cách vô điều kiện để hình ảnh và danh tiếng của bạn bị ảnh hưởng.

6.5. Quyết đoán

Người lãnh đạo lớn là người quyết tâm hành động trong khi những người khác e dè. Người lãnh đạo phải luôn ý thức về sứ mệnh chỉ huy của mình, sứ mệnh đại diện cho quyền lực của tổ chức và phải làm cho những người dưới quyền tôn trọng và chấp nhận quyền của mình. Là người đứng đầu, mọi nhân viên luôn trông chờ người lãnh đạo đưa ra những quyết định kịp thời và phù hợp trong khi những người khác thường cố gắng tránh xa nó. Cho dù những quyết định này đôi khi sẽ tạo ra những tác động lớn ảnh hưởng đến mối quan hệ giữa bạn và những người xung quanh thì cũng phải chấp nhận điều đó. Sự cả nể, nhân nhượng trong cách đưa ra quyết định có thể dẫn bạn đến những sai lầm khi tạo tiền lệ xấu dẫn đến việc làm mất đi cái “uy” trong vị thế là người lãnh đạo. Đôi khi, người lãnh đạo cũng cần “nhấn tâm” một chút trong việc sa thải một nhân viên nào đó vì hành động của anh ta gây tổn hại lớn đến lợi ích của tổ chức. Tai họa lớn nhất của người lãnh đạo là sợ nói và hành động như một nhà lãnh đạo.

Người lãnh đạo không bao giờ đầu hàng khó khăn khi chưa thật sự đối đầu với nó. Mọi thứ không phải luôn luôn dễ dàng, người đứng đầu cần có nhiều trải nghiệm cả thất bại và thành công. Nhà lãnh đạo phải vượt qua sức ỳ của bản thân, dám chấp nhận mạo hiểm và dám đương đầu với thất bại. Tuy nhiên, người lãnh đạo cần phải tự hỏi chính mình sự mạo hiểm đó có đáng giá hay không. Nhìn chung, người lãnh đạo phải can đảm, có cái nhìn bình tĩnh trước mọi biến cố, ở mọi nơi, trong mọi lúc. Nếu cảm thấy sự mạo hiểm là đáng bỏ công, bạn cần biết vượt qua rào cản tâm lý lo sợ, e ngại và dũng cảm đương đầu với thử thách. Nếu thử thách là quá khó, hãy dành thời gian cho việc lên kế hoạch “tác chiến”, càng có nhiều sự chuẩn bị, mức độ mạo hiểm trong tình huống của bạn càng được giảm bớt.

Người lãnh đạo cần có kỹ năng tập hợp thông tin, xác định vấn đề, phân tích các giải pháp, cân nhắc các yếu tố về lợi ích, chi phí và các yếu tố tác động khác trước khi đưa ra các quyết định giải quyết các vấn đề. Người lãnh đạo phải học để có kiến thức, phải tích lũy kiến thức trong môi trường tổ chức, rút kinh nghiệm từ những sai lầm. Đặc biệt, trong điều kiện phát triển nhanh của môi trường xã hội và khoa học kỹ thuật đòi hỏi người lãnh đạo phải liên tục học tập cập nhật kiến thức và kỹ năng giải quyết vấn đề trong thực tiễn.

6.6. Sử dụng nhân viên hiệu quả

Các biểu hiện của việc sử dụng nhân viên hiệu quả:

Người quản lý phải giao nhiệm vụ phù hợp với năng lực và sở trường của nhân viên, “dụng nhân như dụng mộc”. Đặt ra những yêu cầu và giao nhiệm vụ mang tính thách thức cho nhân viên: tạo cảm giác họ là người quan trọng, không bao giờ được phép tạo ra không khí vô công rồi nghề trong một tổ chức của mình vì điều này sẽ làm mất ý chí làm việc của nhân viên. Nếu người quản lý và lãnh đạo không biết bố trí nhân viên và tổ chức công việc phù hợp sẽ phá vỡ trình độ văn minh của quản lý lao động và văn hóa tổ chức.

Chọn cho được người cộng tác là người dám nói sự thật cho mình. Coi trọng giá trị của nhân viên: người lãnh đạo cần có một niềm tin rằng nhân viên là giá trị quan trọng nhất của tổ chức. Người lãnh đạo cần biết tôn trọng nhân tài, quy tụ mọi nhân viên bằng cách tìm họ, khám phá họ, tiếp đón họ, chọn họ, huấn luyện họ, tín nhiệm họ, sử dụng họ và mến yêu họ.

Biết đặc tính của nhân viên: mỗi cá nhân là một tế bào của tổ chức, muốn lãnh đạo được họ đòi hỏi người lãnh đạo phải hiểu biết từng nhân viên về nhu cầu, sở thích, tính tình, phản ứng của họ, đánh giá họ đúng mức và đặt họ vào đúng chỗ.

6.7. Hải hòa lợi ích cá nhân và tập thể

Chấp nhận thiệt thòi là một yêu cầu cao và là một yêu cầu thiết yếu đối với người lãnh đạo. Bất cứ chuẩn mực nào mà người lãnh đạo không thể thực hiện được thì không nên mong đợi người khác thực hiện. Người lãnh đạo có trách nhiệm tạo ra các chuẩn mực để chi phối hành vi của các cá nhân trong tổ chức. Có nhiều cách khác nhau để tạo nên những chuẩn mực này, một trong số đó là hải hòa lợi ích của bản thân và tập thể để làm gương cho nhân viên. Nếu người lãnh đạo không phải là tấm gương để nhân viên học tập thì nhân viên có thể khẩu phục mà tâm không phục. Vì vậy, hy sinh lợi ích cá nhân là một tiêu chí quan trọng nhất để đánh giá một người lãnh đạo chân chính.

6.8. Giao tiếp hiệu quả

Người lãnh đạo cần nói ngắn gọn, khúc triết, chính xác, có khả năng trình bày quan điểm và truyền đạt thông tin một cách rõ ràng, hiệu quả, điều đó hoàn toàn không có nghĩa họ phải là nhà hùng biện. Người lãnh đạo phải biết trình bày những điều cần thiết và một cách lưu loát và nhạy cảm với những quan tâm của người khác. Phải biết gọi người khác đến nói chuyện, biết cách giải tỏa căng thẳng về tinh thần, biết nêu ra câu hỏi và biết đặt các câu hỏi cảm thông, biết cách “tước được vũ khí” của người đối diện.

Trong nhiều trường hợp, người lãnh đạo cũng cần có đức tính kiên nhẫn và không vội vàng bộc lộ bản thân. Im lặng cũng là một phẩm chất lớn.

Biết lắng nghe, nói cách khác là biết nghe người khác, cũng là một phẩm chất không thể thiếu. Lắng nghe - điều không dễ đối với nhà quản lý. Lắng nghe ý kiến tán thành thì dễ, việc lắng nghe ý kiến trái ngược khó hơn, thậm chí có người vừa nghe một ý kiến trái ngược đã cảm thấy khó chịu, nhưng trong không ít trường hợp, ý kiến trái ngược, ý kiến thuộc về thiểu số lại là ý kiến đúng. Vì vậy, nhà quản lý phải khắc phục yếu tố tâm lý, gạt bỏ "cái tôi", bình tâm lắng nghe ý kiến trái ngược, càng không được phân biệt đối xử với người đưa ra ý kiến trái ngược.

6.9. Công bằng

Sự công bằng của người lãnh đạo sẽ tạo ra động cơ phấn đấu cho mọi nhân viên trong tổ chức. Người lãnh đạo không nên để tình cảm riêng tư xen kẽ vào công việc, cần có tấm lòng độ lượng, không định kiến và giúp nhân viên có cơ hội khắc phục thiếu sót.

Phê bình và tiếp thu phê bình: nghiêm túc và đòi hỏi cao ở nhân viên không đồng nghĩa với bắt bẻ hay hạch sách nhân viên. Những đòi hỏi đúng mực và nghiêm túc không có nghĩa là thiếu thiện cảm với nhân viên dưới quyền, ngược lại, qua đó người lãnh đạo sẽ nâng cao được uy tín của mình.

Người lãnh đạo không nên tiết kiệm lời khen. Hãy khen thưởng nhân viên khi họ xứng đáng được khen. Ngược lại, khi phạt cũng phải mang tính xây dựng, không nên mắng mỏ. Cảnh cáo nên bắt đầu từ khen ngợi, sau đó chỉ cho nhân viên biết khuyết điểm của họ. Nếu kỷ luật thiếu công bằng, chưa xác đáng thì sẽ gây ra sự phản cảm của nhân viên. Phê bình nhân viên công khai trước tập thể chỉ áp dụng trong những trường hợp khi các biện pháp khác không mang lại hiệu quả.

6.10. Lịch thiệp

Lịch thiệp là sự tôn trọng đối với bản thân và người khác. Những mệnh lệnh được đưa ra trong tổ chức có tính lịch thiệp thường mang lại hiệu quả cao hơn là mệnh lệnh thiếu sự tôn trọng người khác. Con người, bao giờ cũng có xu hướng chống lại sự thô bạo - một tính chất trái ngược với lịch thiệp và tế nhị. Nếu người lãnh đạo không cảm hóa được nhân viên bằng sự lịch thiệp, tế nhị thì sẽ phải sử dụng hạ sách "vũ lực". Một nhà quản lý tốt phải là người luôn có thái độ đúng mực và biết cách động viên cấp dưới bằng những lời khen ngợi trung thực và lịch sự, chứ không chỉ trích hay phàn nàn. Một nhà quản lý tốt luôn thể hiện mối quan tâm thực sự đến người khác bằng việc tạo cho nhân viên cảm giác chính họ mới là người quan trọng.

7. Những phẩm chất không phù hợp

1. Kiêu căng, độc đoán, bảo thủ.
2. Bi quan, phiền toái.
3. Không biết dùng người, không khoan dung, sống cách biệt.
4. Đa nghi, thay đổi ý kiến như chong chóng.
5. Ôm đồm, lặt lõng trong những chuyện vụn vặt.
6. Nói một đằng làm một nẻo
7. Dẫn thân nửa vời "xông pha giúp người thắng trận"

8. Làm việc tùy tiện, theo cảm hứng, không có kế hoạch
9. Ích kỷ, lo danh lợi bản thân, sợ người khác hơn mình
10. Trông cậy vào quyền thế.

8. Kết luận

Quản lý và Lãnh đạo đang diễn ra một quá trình đổi mới nhanh chóng, đòi hỏi người quản lý và lãnh đạo nói chung, điều dưỡng trưởng nói riêng phải dự báo được những thay đổi đang diễn ra và nắm bắt được những cơ hội để làm chủ việc thay đổi.

Bệnh viện là một xã hội thu nhỏ, nhiều giám đốc, trưởng phó các khoa phòng và điều dưỡng trưởng phải vừa là người lãnh đạo giỏi và người quản lý giỏi. Là điều dưỡng trưởng bạn cần xác định rõ vị trí quan trọng của mình trong việc đổi mới phương thức và nâng cao chất lượng chăm sóc, phải kiên trì và quyết tâm đổi mới làm thay đổi chất lượng chăm sóc người bệnh và khẳng định vị thế của chuyên ngành điều dưỡng trong xã hội.

Điều dưỡng trưởng phải thực hiện có hiệu quả ba nghĩa vụ đối với người bệnh, đối với tổ chức và đối với nhân viên điều dưỡng, hộ sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Quản lý điều dưỡng - Tài liệu huấn luyện điều dưỡng trưởng khoa. Nhà xuất bản Y học, 2004.
2. Dee Ann Gilies. Nursing Management - A system Approach, 2nd edition. W.B. Saunders.
3. Department of Health Philippines. Hospital Nursing service administration Manual
4. Eleanor J., Sullivan and Philip J. Decker. Effective Leadership and Management in Nursing, 4th edition. Addison Wesley.
5. Nguyễn Hải Sản. Quản trị học - NXB Thống kê.
6. Michael E. Gerber. Emyth để trở thành người quản lý hiệu quả. Nhà xuất bản Lao động - xã hội.
7. Mariene Caroelli. Các kỹ năng lãnh đạo dành cho nhà quản trị. Nhà xuất bản Thống kê, 2004.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn 1 câu trả lời ĐÚNG hoặc ĐÚNG NHẤT cho các câu hỏi bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu tiên câu trả lời được chọn:

Câu 1. Trình tự các bước của quy trình quản lý là:

- A. Tổ chức, chỉ đạo, lập kế hoạch, kiểm soát
- B. Lập kế hoạch, chỉ đạo, tổ chức, kiểm soát
- C. Lập kế hoạch, tổ chức, chỉ đạo, kiểm soát.
- D. Lập kế hoạch, tổ chức, kiểm soát, chỉ đạo.

Câu 2. Khái niệm Lãnh đạo là quá trình mà một người tạo ra ảnh hưởng tới những người khác, thúc đẩy, khuyến khích và:

- A. Chỉ đạo các hoạt động để đạt được mục tiêu
- B. Chỉ đạo các hoạt động để đạt được kế hoạch
- C. Quản lý các hoạt động đã đặt ra
- D. Thực hiện các hoạt động theo mục tiêu.

Câu 3. Sự khác biệt lớn nhất giữa người lãnh đạo và nhà quản lý là:

- A. Chức vụ nắm giữ
- B. Quyền lực được trao
- C. Cách thức khuyến khích người lao động
- D. Khả năng điều hành công việc.

Câu 4. Đâu không phải là yếu tố cơ bản của quản lý?

- A. Quyền lực
- B. Lý tưởng
- C. Quyền hạn
- D. Trách nhiệm

Câu 5. Hiệu suất công việc là gắn liền với sử dụng:

- A. Tài chính
- B. Nhân lực
- C. Trang thiết bị
- D. Nguồn lực

Câu 6. Hiệu quả công việc được gắn liền với:

- A. Mục tiêu thực hiện
- B. Phương pháp thực hiện
- C. Chi phí bỏ ra
- D. Nguồn lực

Câu 7. Điều dưỡng trưởng khoa, tổ trưởng, trưởng các bộ phận thuộc về phân cấp quản lý:

- A. Cấp cao
- B. Cấp trung gian
- C. Cấp đầu tiên
- D. Cấp thứ hai

Câu 8. Điều dưỡng trưởng bệnh viện thuộc về phân cấp quản lý:

- A. Cấp cao
- B. Cấp trung gian
- C. Cấp đầu tiên
- D. Cấp thứ hai

Câu 9. Sự khác nhau cơ bản giữa quản lý và lãnh đạo là:

- A. Quản lý là cách làm đúng. Lãnh đạo là làm đúng quy định

B. Quản lý là làm đúng pháp luật. Lãnh đạo là làm đúng quy định

C. Quản lý là đường lối đúng. Lãnh đạo là đúng pháp luật

D. Quản lý là làm đúng quy định. Lãnh đạo là đường lối đúng

Câu 10. “Nhà lãnh đạo, quản lý quan tâm tới đời sống, lợi ích và lắng nghe ý kiến của nhân viên” được gọi là phong cách lãnh đạo, quản lý:

A. Lấy con người làm trung tâm.

B. Lấy công việc làm trung tâm

C. Theo tình huống.

D. Ủy quyền

BÀI 2. QUẢN LÝ DỰA VÀO KẾT QUẢ

(RESULTS BASED MANAGEMENT - RBM)

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Giải thích được khái niệm và một số thuật ngữ quan trọng liên quan đến phương pháp quản lý dựa vào kết quả.
2. Phân tích được sơ đồ chuỗi kết quả và khung logic quản lý dựa vào kết quả.
3. Phân loại được các lĩnh vực ưu tiên trong mô hình quản lý dựa vào kết quả.
4. Xây dựng được các tiêu chí để đo lường kết quả đạt được và lập kế hoạch hoạt động tại đơn vị theo phương pháp quản lý dựa vào kết quả.
5. Thể hiện tính tự chủ trong học tập, tìm kiếm thông tin, tài liệu và sử dụng thông tin, tài liệu tìm được để xây dựng được các tiêu chí đo lường kết quả và lập được kế hoạch hoạt động tại đơn vị theo phương pháp quản lý dựa vào kết quả.

NỘI DUNG

Giới thiệu chung

Quản lý là một quá trình từ lúc lập kế hoạch, đến khi triển khai kế hoạch và cuối cùng là đánh giá kết quả đạt được. Tài liệu này tập trung nói kỹ về một phương pháp tiếp cận quản lý mới mà gần đây đã và đang được nhiều tổ chức quốc tế như CIDA, UNDP, UNICEF,... áp dụng hiệu quả trong việc lập kế hoạch, thực hiện và đánh giá những kết quả đạt được. Mô hình quản lý dựa vào kết quả đã được sử dụng để giúp các nhà quản lý khu vực công tập trung vào việc xác định mục tiêu đề ra để cải thiện hoạt động công vụ và dịch vụ công. Việc áp dụng cách tiếp cận tiên tiến này cũng đã được nhiều cơ quan, tổ chức và cơ sở y tế áp dụng thực hiện. Nhiều bệnh viện cũng đã áp dụng một phần hoặc toàn bộ phương pháp này trong công tác quản lý đặc biệt là trong lập kế hoạch và đánh giá quá trình thực hiện đã đem lại hiệu quả bất ngờ. Điểm mấu chốt của phương pháp này là thay vì chúng ta quan tâm đến những hoạt động đã được triển khai, nguồn lực,... bằng việc quan tâm đến Kết quả và những tác động do việc thực hiện các hoạt động đó đem lại.

1. Khái niệm Quản lý dựa vào kết quả

Quản lý dựa vào kết quả là một cách tiếp cận *tham gia* và *linh hoạt* để quản lý dự án hoặc kế hoạch công tác của một bộ phận, một đơn vị, nó nhấn mạnh vào các *kết quả* đạt được. Tính *tham gia* của phương pháp này thể hiện ở chỗ yêu cầu người thực hiện kế hoạch cũng cần tham gia trong suốt quá trình bản kế hoạch được dự thảo, xây dựng và hoàn chỉnh. Điều này sẽ giúp cho người thực hiện nắm vững và hiểu rõ ý định của bản kế hoạch để thực hiện một cách hiệu quả nhất. Một lời khuyên được đưa ra ở đây là tất cả các thành viên thực hiện kế hoạch sau này ít nhất cũng được tham gia vào một phần hoặc toàn bộ bản kế hoạch của bộ phận, đơn vị. Sự *linh hoạt* của bản kế hoạch này được thể hiện ở chỗ là trong quá trình thực hiện cả bộ phận, đơn vị cố gắng triển khai các hoạt động sao cho đạt được kết quả mong đợi mà không bị cứng nhắc vì các hoạt động hay nói cách khác là các hoạt động trong bản kế hoạch có thể thay đổi nhằm hướng tới kết quả mong đợi một cách nhanh nhất và thực tế nhất với hoàn cảnh thực hiện bản kế hoạch của bộ phận hay đơn vị mình. Thay vì quan tâm đến đầu vào và các hoạt động của dự án hay bản kế hoạch (*Những gì bạn sẽ làm*), quản lý dựa vào kết quả đòi hỏi bạn tập trung vào các thành viên của bộ phận, đơn vị hay các đối tác cùng làm việc và cuối cùng là những thay đổi thực sự (kết quả) mà dự án hay bản kế hoạch sẽ tạo ra.

Tại sao áp dụng mô hình quản lý dựa vào kết quả?

- *Tính chính xác và logic cao*: Vì kết quả chỉ thực sự đạt được từ mối quan hệ nhân - quả. Tức là chỉ những hoạt động gì chúng ta tổ chức thực hiện phù hợp thì sẽ đem lại kết quả nhất định nào đó. Chúng ta cần khẳng định rằng không có một sự thần kỳ là kết quả tự đến. Tuy nhiên việc đánh giá các mức độ kết quả đạt được là hết sức quan trọng trong từng giai đoạn của bản kế hoạch, nó thể hiện sự logic của bản kế hoạch và sẽ được trình bày ở phần sau của tài liệu này.

- *Thuận lợi trong việc xác định kết quả thực sự đạt được ở từng thời kỳ*: Trong quá trình thực hiện bản kế hoạch, việc chúng ta phân chia ra các giai đoạn để thực hiện các hoạt động hay nói cách khác là sự ưu tiên cho một số hoạt động ở giai đoạn nhất định nào đó là hết sức quan trọng. Trên cơ sở đó, chúng ta sẽ xem xét, đánh giá xem kết quả đã đạt được ở mức độ nào để định hướng cho kết quả trung hạn hay tác động lâu dài của việc thực hiện hoàn chỉnh bản kế hoạch.

- *Dễ rà soát kế hoạch để điều chỉnh (nếu cần)*: Bản kế hoạch được xây dựng theo phương pháp này hết sức ngắn gọn nhưng lại rất chi tiết chỉ ra những việc cần làm để nhằm đạt được kết quả mong đợi. Các hoạt động nhằm hướng tới kết quả cũng như các tiêu chí để đo lường kết quả đạt được ở các mức độ khác nhau cũng hết sức cụ thể. Do đó trong quá trình thực hiện kế hoạch, chúng ta hoàn toàn có thể kiểm soát, so sánh, đối chiếu những gì đã được thực hiện, những gì cần tiếp tục thúc đẩy triển khai và thậm chí cả những hoạt động nào là không cần thiết trong bối cảnh thực tế của bộ phận, đơn vị.

- *Rút ngắn thời gian làm báo cáo kết quả*: Việc phải đọc các báo cáo quá dài dòng nhưng thông tin lại không cô đọng trong thực tế đã gây ra không ít những phiền toái, chán nản thậm chí là còn cảm thấy khó chịu. Nhưng thật may mắn là phương pháp này có thể giúp người viết báo cáo cô đọng, tập trung vào những gì thực sự chúng ta đã thực hiện và thực hiện phải hướng đến kết quả mong đợi ban đầu đã đặt ra một cách thực sự. Bên cạnh đó việc thiết kế mẫu báo cáo và lập kế hoạch có nhiều điểm tương đồng và đôi khi song song nên người viết, người đọc rất thuận tiện trong việc so sánh, đối chiếu cũng như suy ngẫm về mức độ đạt được của bản kế hoạch hay nói cách khác là kết quả thực sự đã đạt được là gì.

2. Một số thuật ngữ quan trọng liên quan đến quản lý dựa vào kết quả

- Đầu vào
- Kết quả ngắn hạn – Đầu ra
- Kết quả trung hạn
- Hoạt động
- Kết quả nói chung
- Tiêu chí (định lượng và định tính)
- Tác động.

2.1. Đầu vào:

Đầu vào là nguồn lực của tổ chức hay cá nhân đóng góp trực tiếp vào thực hiện kế hoạch/dự án. Đầu vào bao gồm Nhân lực, Vật lực, Tài lực và Thời gian chuẩn bị và thực hiện để đi đến hoàn thành kế hoạch đề ra.

2.1.1. Nhân lực (Manpower):

Nhân lực bao gồm toàn bộ các cá nhân, cán bộ kỹ thuật, chuyên gia,... tham gia đóng góp vào việc triển khai kế hoạch. Các cá nhân này có thể đóng góp trực tiếp hoặc

gián tiếp vào việc triển khai kế hoạch. Những người đóng góp trực tiếp vào việc triển khai kế hoạch là những người được giao nhiệm vụ thực hiện kế hoạch như cán bộ chương trình, cán bộ kỹ thuật,... Những người tham gia gián tiếp vào thực hiện kế hoạch như các nhà quản lý, xây dựng chính sách,... Đối tượng này có tác động vào sự thành công của việc triển khai kế hoạch thông qua việc chỉ đạo, quản lý và điều hành nhóm/cá nhân triển khai kế hoạch. Tuy nhiên trong quá trình triển khai kế hoạch, người được giao nhiệm vụ trực tiếp thực hiện các hoạt động của kế hoạch nên xác định rõ mức độ tham gia và đóng góp của từng cá nhân hay chuyên gia để thuận tiện trong việc thực hiện kế hoạch mà không quá mất nhiều thời gian. Việc xây dựng kế hoạch cho một chương trình hay một dự án nên được xác định ngay từ ban đầu, tuy nhiên nếu chúng ta sử dụng phương pháp quản lý dựa vào kết quả thì việc điều chỉnh kế hoạch về nhân lực để giúp cho triển khai công việc hiệu quả hơn cũng là việc làm được khuyến khích. Chúng ta cần căn cứ vào điều kiện thực tế tại bộ phận, đơn vị vào thời điểm thực hiện kế hoạch để có quyết định phù hợp, miễn sao việc điều chỉnh này không xa rời kết quả mong đợi ban đầu. Có thể nói sự linh hoạt của phương pháp này đã được thể hiện ngay từ những bước đầu tiên trong việc xây dựng kế hoạch.

2.1.2. Vật lực (Material):

Vật lực là toàn bộ những phương tiện, trang thiết bị phục vụ cho việc triển khai kế hoạch được thành công. Vật lực có thể được chia thành 3 nhóm: nhóm thứ nhất liên quan đến phương tiện trang thiết bị văn phòng như máy vi tính, máy chiếu projector, máy in,... phục vụ một phần hoặc toàn bộ việc triển khai kế hoạch; nhóm thứ hai bao gồm các phương tiện phục vụ trực tiếp cho việc thực hiện kế hoạch như xe tiêm, phương tiện chăm sóc, tài liệu đào tạo,... và nhóm thứ ba là các loại phương tiện khác có thể gọi là văn phòng phẩm như giấy photocopy, bút viết, băng dính, kéo, ghim giấy,... Tuy nhiên, trong mỗi kế hoạch lại có những phương tiện đặc thù riêng cần cho việc triển khai kế hoạch này nhưng lại không cần thiết phải có khi chúng ta thực hiện một kế hoạch khác. Do vậy, người lập kế hoạch cần xác định ưu tiên và những loại vật lực nào thực sự cần cho việc thực hiện kế hoạch để đảm bảo vẫn đạt được kết quả mong đợi mà không quá tốn kém. Việc xác định các vật lực nêu trên cũng cần được thực hiện ngay từ những bước đầu tiên của quá trình lập kế hoạch và sau đó cũng sẽ được điều chỉnh nếu cần. Vật lực có thể được bộ phận, đơn vị cung cấp những cũng có thể đến từ sự tài trợ, hỗ

trợ của các cá nhân, tổ chức. Người chịu trách nhiệm thực hiện kế hoạch cũng cần lưu ý đến một số phương tiện được hỗ trợ từ các cá nhân, tổ chức là để phục vụ cho mục đích quảng cáo, quảng bá sản phẩm của họ mà chưa chắc đã có tác dụng gì cho việc góp phần thành công của các hoạt động mình đang triển khai. Do vậy, chúng ta cũng cần cân nhắc cẩn thận về vấn đề này, đôi khi nó còn đem lại những phiền toái. Ví dụ, những năm 1990, nhiều hãng sản xuất thuốc lá đã rất hào hứng tài trợ cho các hoạt động, sự kiện thể thao hay hội trại của các trường trung học cơ sở. Thông qua các sự kiện đó họ đã quảng bá cho sản phẩm của công ty hết sức thành công, mặc dù không thấy một bao thuốc lá nào được bán hoặc được biếu tặng tại trường học. Nhưng tất cả những chiếc ô cỡ lớn, bàn ghế, phong bật,... được in hình những bao thuốc lá và logo của công ty trông rất bắt mắt. Không nói thì chúng ta cũng biết là hậu quả không lường cho các em học sinh trong những năm sau này.

2.1.3. Tài lực/Tài chính (Money):

Tài chính là một trong những yếu tố then chốt góp phần vào sự thành công hay thất bại của việc lập kế hoạch và thực hiện một kế hoạch nào đó. Nguồn tài chính ở đây được hiểu là toàn bộ những đóng góp trực tiếp hay gián tiếp cho việc triển khai kế hoạch. Nguồn tài chính trực tiếp là tiền mặt hoặc séc được đưa vào để thực hiện kế hoạch với tính thanh khoản cao. Bên cạnh đó, nguồn tài chính gián tiếp đôi khi cũng rất quan trọng cho sự thành công của việc triển khai một kế hoạch nào đó. Ví dụ, Trung ương Hội mời đại biểu các Tỉnh/Hội tham dự một khóa tập huấn nào đó, nhưng vì Trung ương Hội không thể lo chi phí đi lại cho đại biểu mà chỉ lo được giảng viên, tài liệu, chỗ ở thôi, thì lúc đó nguồn kinh phí gián tiếp có thể được hiểu là nguồn kinh phí mà đại biểu tự bỏ ra để lo việc đi lại hoặc đại biểu đó xin được kinh phí đi lại từ cơ quan chủ quản (Bệnh viện, Sở Y tế, Trường,...) để tham dự lớp tập huấn đó. Chúng ta sẽ thấy được tầm quan trọng của việc dự đoán nguồn kinh phí gián tiếp đóng góp vào thực hiện kế hoạch quan trọng như thế nào khi chúng ta mời 50 đại biểu tham dự khóa tập huấn nào đó, nhưng chỉ vì Ban tổ chức/hay kinh phí trực tiếp của Dự án/Chương trình đó không lo được chi phí đi lại cho đại biểu, do đó chỉ có ½ số đại biểu đến dự. Chính vì vậy, người lập kế hoạch cần dự đoán trước về nguồn kinh phí gián tiếp mà các cá nhân/tổ chức có thể đóng góp vào việc thực hiện kế hoạch. Tuy nhiên, cũng cần nhấn mạnh rằng chúng ta không nên dựa quá nhiều vào nguồn kinh phí gián tiếp đó, mà người lập

kế hoạch có thể dự đoán trước một/một số nguồn kinh phí có thể huy động được cho việc thực hiện dự án. Trên thực tế có nhiều chương trình/dự án khi lập kế hoạch có ít kinh phí, nhưng trong quá trình triển khai lại huy động được sự tham gia của nhiều tổ chức/cá nhân và nguồn kinh phí này được hiểu là nguồn kinh phí tiềm năng đóng góp trực tiếp vào việc triển khai kế hoạch.

2.1.4. Thời gian (Time):

Với bất cứ kế hoạch nào thì yếu tố thời gian cũng luôn được xem xét. Thời gian được tính từ lúc chúng ta chuẩn bị kế hoạch cho đến thực hiện xong kế hoạch và đạt được kết quả mong đợi. Thường thì với những kết quả mong đợi nhỏ thì sẽ có thời gian ngắn hạn và ngược lại với những kết quả mong đợi lớn hơn thì thời gian chuẩn bị và thực hiện cũng dài hơn. Tuy nhiên cũng có những ngoại lệ khi có những yếu tố bất ngờ tác động vào quá trình thực hiện kế hoạch. Ví dụ, chúng ta đặt ra kết quả mong đợi là sau 6 tháng toàn bộ Điều dưỡng trưởng của Bệnh viện có thể sử dụng thành thạo tin học văn phòng thì có thể rất khả thi. Nhưng nếu cũng với vấn đề trên nhưng chúng ta mở rộng phạm vi tác động ra toàn Tỉnh thì không dễ dàng gì cho việc thực hiện kế hoạch này mà có thể phải kéo dài thời gian lên 1 hay 2 năm, thậm chí là 3-5 năm. Tuy nhiên cũng có yếu tố ngoại lai tích cực tác động vào quá trình triển khai kế hoạch này, ví dụ như có một sự trùng lặp ngẫu nhiên là Sở Y tế cũng có kế hoạch triển khai Dự án đào tạo nâng cao trình độ tin học cho cán bộ y tế của toàn Tỉnh với nguồn lực rất dồi dào thì chúng ta có thể nhân cơ hội này để lồng ghép kế hoạch của chúng ta vào, và có thể chỉ trong một thời gian ngắn kế hoạch đã được thực hiện thành công với kết quả mong đợi đạt được thật tuyệt vời.

Tóm lại, trong quá trình lập một kế hoạch nào đó, chúng ta cần xem xét kỹ lưỡng nguồn lực chúng ta sẵn có, nguồn lực tiềm năng đóng góp trực tiếp vào việc triển khai kế hoạch và cũng đừng quên những nguồn lực gián tiếp như đã phân tích ở trên. Vì chỉ khi có sự cân nhắc và xem xét kỹ lưỡng đến đầu vào thì chúng ta mới có thể có được một kế hoạch khả thi, tức là không quá hoài bão hay quá nhỏ bé khi phải sử dụng quá nhiều đầu vào. Chúng ta có thể ghi nhớ khi chúng ta chuẩn bị đầu vào cho một bản kế hoạch hoặc một dự án bằng công thức dưới đây:

$$3M + 1T$$

3. Chuỗi kết quả

Chuỗi kết quả thường dùng để chỉ sự liên kết logic giữa kết quả ngắn hạn, kết quả trung hạn và kết quả dài hạn. Các kết quả ở mỗi mức độ thường đi cùng nhau, dẫn đến các kết quả ở mức độ tiếp sau đó (thường đạt được ở mức độ mong đợi cao hơn). Các kết quả này là những mong đợi chúng ta mong muốn đạt được khi bắt đầu xây dựng kế hoạch.

Các chuyên gia khuyên rằng, người lập kế hoạch cần hình dung ngay về sơ đồ chuỗi kết quả ngay từ khi tiến hành lập kế hoạch để có một cái nhìn tổng quát và dài hạn về những gì sẽ xảy ra trong tương lai. Sơ đồ dưới đây chỉ ra sự liên kết giữa đầu vào, hoạt động và chuỗi các kết quả ở mỗi mức độ.



Sơ đồ 1: Chuỗi kết quả

4. Khung logic quản lý dựa vào kết quả

Khung logic được thiết lập bằng cách xây dựng chi tiết các kế hoạch và các thành phần chính của dự án dựa trên phương án can thiệp đã được lựa chọn trong phần lựa chọn phương án can thiệp. Dưới đây là một mẫu khung logic:

Tóm tắt	Các chỉ số đo lường	Phương tiện và nguồn kiểm chứng	Giả định chính
Mục tiêu tổng thể Cần đạt được điều gì sau khi mục đích dự án đã đạt được?	Các tiêu chuẩn để đo lường mức độ thành công của dự án.	Các nguồn dữ liệu để thu thập các chỉ số.	Những điều kiện quan trọng đối với dự án, ngoài tầm kiểm soát và không chắc chắn về khả năng thực hiện.
Mục đích Dự án cần đạt được điều gì trong thời hạn dự án?			
Kết quả Tác động, ảnh hưởng ở tầm ngắn hạn và trung hạn của đầu ra.			
Đầu ra Kết quả của các hoạt động.			
Các hoạt động Cụ thể cần làm gì?			
Đầu ra Nhân sự, vật tư, thiết bị và các nguồn tài trợ cần thiết để thực hiện dự án.			

5. Xây dựng tiêu chí/chỉ số để đo lường kết quả

5.1. Khái niệm tiêu chí/chỉ số

Tiêu chí là mức độ mong muốn cần đạt được của một công việc nào đó. Chỉ tiêu dùng để đo lường xem chúng ta đã được kết quả hay chưa, hay mức độ đạt kết quả của chúng ta đến đâu. Trong đa số các trường hợp, chỉ tiêu cần được xây dựng rất cụ thể để có thể dễ dàng đo lường được xem chúng ta đã đạt được chỉ tiêu đề ra hay chưa. Chỉ tiêu được phân ra 2 loại Chỉ tiêu Định lượng & Chỉ tiêu Định tính.

5.1.1. Tiêu chí/chỉ số định lượng

Tiêu chí định lượng được thể hiện bằng những con số cụ thể, tỷ lệ phần trăm, tần số, tỷ suất. Nó có thể cân đo đong đếm được. Ví dụ:

- + 85% ĐDT của Bệnh viện được học về Quản lý Điều dưỡng
- + 50% Đ DV có trình độ cao đẳng và đại học
- + Tỷ lệ NKBV <2%

Cần lưu ý rằng tùy theo mức độ chúng ta cần đạt được kết quả đến đâu mà chúng ta xây dựng chỉ tiêu đo lường đến đó, không nhất thiết phải xây dựng chỉ tiêu tuyệt đối (100%). Trong ví dụ trên, chúng ta có thể xây dựng cho 850% ĐDT được học về Quản lý ĐD trong 3 năm đầu và 20% còn lại sẽ được học trong 2 năm tiếp theo vì điều kiện thực tế chỉ có thể làm được như vậy.

Một khi chúng ta đã xây dựng được những chỉ tiêu cụ thể như trên chúng ta dễ dàng đánh giá xem công việc đã được triển khai đến đâu, và mức độ đạt được kết quả đến đâu căn cứ vào chỉ tiêu mà chúng ta đã đưa ra.

5.1.2. Tiêu chí định tính

Không thể hiện bằng một đại lượng hay con số mà thay vào đó là những thay đổi của quá trình mà chúng ta có thể nhìn thấy được hoặc nhận biết được sự thay đổi đó. Sự thay đổi này có thể là về nhận thức, phạm vi, phẩm chất,... của sự việc, hiện tượng nào đó. Ví dụ sự hài lòng của người bệnh về các dịch vụ y tế là một chỉ tiêu định tính. Chúng ta không dễ dàng gì có thể cân đo đong đếm được sự hài lòng của người bệnh, tuy nhiên để đánh giá được mức độ hài lòng của họ ra sao thì chúng ta có thể sử dụng

các chỉ tiêu định tính để đo lường bằng cách phân ra các mức độ hài lòng từ thấp đến cao, hay từ mức 1 đến mức 5 tùy chúng ta định nghĩa về mức độ.

Chúng ta cũng có thể dùng các “Tiêu chí quá trình” để thể hiện quá trình thực hiện diễn ra như thế nào nếu không thể đo lường cụ thể được kết quả thực tế. Hãy đảm bảo rằng bạn không đưa ra các chỉ tiêu mà bạn không thể đo lường được hoặc bạn sẽ phải tốn nhiều thời gian, chi phí và công sức để thu thập dữ liệu. Nghĩa là bạn nên xây dựng các chỉ tiêu khả thi.

5.2. Một số đặc tính cơ bản của tiêu chí

5.2.1. Tính giá trị:

Tiêu chí đó có để đo lường quá trình chúng ta đạt đến kết quả mong đợi hay không. Khi mà chỉ tiêu đưa ra không thể đo lường được liệu chúng ta đã đạt được kết quả ở một mức độ nào đó thì chỉ tiêu đó có thể được coi là không có giá trị và cần được xem xét để sửa đổi nhằm tăng tính giá trị của chỉ tiêu.

5.2.2. Tính tin cậy:

Tiêu chí mà khi chúng ta thu thập số liệu đúng như chỉ tiêu đề ra thì đảm bảo được độ tin cậy của nguồn số liệu cung cấp. Nếu đạt được điều này nghĩa là chỉ tiêu này đảm bảo độ tin cậy để đo lường kết quả mong đợi.

5.2.3. Tính linh hoạt:

Khi kết quả thay đổi thì tiêu chí cũng dễ dàng được điều chỉnh theo. Vì trong quá trình triển khai kế hoạch theo phương pháp RBM rất có thể kết quả mong đợi cũng sẽ được điều chỉnh cho phù hợp với tình hình thực tế của tổ chức, đơn vị.

5.2.4. Tính đơn giản:

Tiêu chí có thể dễ dàng được đo lường thông qua các nguồn dữ liệu không quá khó khăn để thu thập, xử lý.

5.2.5. Tiềm ích:

Những thông tin cung cấp cho tiêu chí thuận tiện cho việc ra một quyết định nào đó. Bên cạnh đó để có được những thông tin cho chỉ tiêu đó phải đảm bảo thuận tiện cho những người tham gia thu nhận thông tin hay số liệu cho chỉ tiêu đó.

5.2.6. Tính khả thi:

Chúng ta không nên xây dựng những tiêu chí quá hoài bão, nghĩa là cần xây dựng những tiêu chí mà tổ chức, đơn vị của mình dễ dàng và thuận tiện trong việc thu thập thông tin cho tiêu chí. Đảm bảo rằng việc thu thập và xử lý thông tin cho tiêu chí không quá tốn kém, khó khăn, hay mất nhiều thời gian.

5.3. Một số lưu ý khi xây dựng tiêu chí/ chỉ số

- Không sử dụng các từ như “Tăng”, “Cải thiện”, “Nâng cao”,... vì những từ này dùng để xây dựng Kết quả mong đợi.
- Xây dựng tiêu chí/ chỉ số sao cho phải thể hiện được sự tiến bộ dần dần, chỉ ra quá trình liên tục để đạt được Kết quả.
- Tiêu chí/ chỉ số “Có”, “Không” cũng được chấp nhận để chỉ ra sự hoàn thành một công việc nào đó.
- Trong một số Kết quả mong đợi đề ra, chúng ta cũng có thể sử dụng số cán bộ được đào tạo sau một khóa tập huấn nào đó, nhưng cần đảm bảo rằng sự thay đổi trong kiến thức, kỹ năng,... của họ là có thể đo lường hay đánh giá được một cách chắc chắn.

6. Các bước áp dụng Quản lý dựa vào kết quả

Khi áp dụng lần đầu phương pháp Quản lý dựa vào kết quả bạn cần đọc kỹ tài liệu để hiểu rõ các thuật ngữ liên quan đến Quản lý dựa trên Kết quả và chú ý phần Chuỗi kết quả và kết quả trung hạn, kết quả ngắn hạn. Để lập kế hoạch theo phương pháp Quản lý dựa vào kết quả cần tiến hành theo các bước sau:

Bước 1: Phác thảo khung lập kế hoạch

Khung quản lý dựa vào kết quả (xem Phụ lục 1 trang 50) bao gồm các nội dung sau:

- Xác định các lĩnh vực hoạt động: Ví dụ các lĩnh vực của công tác điều dưỡng bệnh viện có thể gồm các lĩnh vực chính như sau:
 - + *Lĩnh vực 1: Các hướng dẫn, quy định được hoàn thiện và cập nhật*
 - + *Lĩnh vực 2: Người bệnh được chăm sóc an toàn và hiệu quả*
 - + *Lĩnh vực 3: Hệ thống điều dưỡng trưởng được củng cố và hoạt động hiệu quả.*
 - + *Lĩnh vực 4: Tăng cường năng lực nhân viên*

- Xác định các kết quả trung hạn và các chỉ số
- Xác định các kết quả ngắn hạn cho từng kết quả trung hạn và chỉ số
- Xác định các hoạt động cho từng kết quả ngắn hạn.

Bước 2: Kết quả trung hạn (Outcomes) và kết quả ngắn hạn (Outputs)

- Bạn hãy bắt đầu với kết quả trung hạn. Ví dụ trong lĩnh vực 1 “người bệnh được chăm sóc an toàn và hiệu quả” bạn có thể đưa ra một số kết quả trung hạn, một trong các kết quả trung hạn có thể đặt ra là: *Giảm nhiễm khuẩn bệnh viện từ 5% người bệnh nhập viện (2012) xuống <2% vào năm 2015*. Số lượng kết quả trung hạn tùy thuộc vào mục tiêu hoạt động của đơn vị và vào dự án. Ghi các kết quả trung hạn bạn mong muốn đạt được vào ô thích hợp vào khung lập kế hoạch tại Phụ lục 1.

- Sau đó bạn hãy xác định các kết quả ngắn hạn cần có để đạt được từng kết quả trung hạn. Ví dụ để đạt được kết quả trung hạn giảm tỷ lệ NKBV xuống <2% vào năm 2015 bạn có thể đặt ra một số kết quả ngắn hạn như sau:

- + Giảm nhiễm khuẩn trên người bệnh có phẫu thuật xuống dưới 2% vào cuối năm 2013
- + Giảm viêm phổi trên các bệnh nhân có can thiệp thông khí hỗ trợ xuống <15% vào cuối năm 2014.

Bước 3: Xác định các hoạt động và các tiêu chí/ chỉ số

Để có được hai kết quả ngắn hạn đã nêu trên cần có các hoạt động sau:

- + Hoạt động 1: Xây dựng và ban hành “hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ và hướng dẫn phòng ngừa viêm phổi bệnh viện
- + Hoạt động 2: Phổ biến thực hiện các hướng dẫn đã ban hành
- + Hoạt động 3: Cung cấp các phương tiện vệ sinh tay có chứa cồn tại các buồng bệnh
- + Hoạt động 4: Phát động chiến dịch vệ sinh bàn tay
- + Hoạt động 5: Điều tra tỷ lệ NKBV hàng năm

Căn cứ vào các hoạt động đã được xác định để đưa ra các tiêu chí/ chỉ số thực hiện cho từng hoạt động. Các tiêu chí/ chỉ số có thể gồm:

- + Tiêu chí cấu trúc
- + Tiêu chí quá trình

+ Tiêu chí/ chỉ số đầu ra

Bước 4: Rà soát và hoàn thiện bản dự thảo kế hoạch

Rà soát lại các kết quả trung hạn và ngắn hạn. Xem xét thời gian thực hiện sao cho phù hợp (ngắn hạn, trung hạn). Hãy đảm bảo đó là những kết quả cần đạt được, chứ không phải là những hoạt động đã hoàn thành.

Các hoạt động là những công việc bạn sẽ triển khai để nhằm đạt được các kết quả ngắn hạn. Không nên đặt ra quá nhiều các kết quả ngắn hạn cho từng kết quả trung hạn. Tốt nhất là 2-3 kết quả ngắn hạn cho mỗi kết quả trung hạn trong mỗi bản kế hoạch.

Khi bạn đã đưa đầy đủ các nội dung vào các ô của khung xây dựng Kế hoạch theo phương pháp Quản lý dựa vào kết quả (Phụ lục 1). Bạn đã có được bản kế hoạch hoàn chỉnh.

PHỤ LỤC 1

MẪU LẬP KẾ HOẠCH CÔNG TÁC ĐIỀU DƯỠNG BỆNH VIỆN

(Theo phương pháp Quản lý dựa vào kết quả)

Lĩnh vực 1: Các chính sách, hướng dẫn, quy định về công tác điều dưỡng trong CSNB được hoàn thiện và cập nhật.

Các Kết quả trung hạn (2-4 năm)		Tiêu chí/ chỉ số đo lường Kết quả trung hạn
1).....		
2).....		
Kết quả ngắn hạn/đầu ra	Tiêu chí/ chỉ số đo lường	Hoạt động
1)	1.1	-
	1.2	-
2)	2.1	-
	2.2	-

Lĩnh vực 2: Người bệnh được cung cấp dịch vụ chăm sóc an toàn, hiệu quả trong môi trường có y đức nghề nghiệp.

Các Kết quả trung hạn (2-4 năm)		Tiêu chí/ chỉ số đo lường Kết quả trung hạn
1).....		
2).....		
Kết quả ngắn hạn/đầu ra	Tiêu chí/ chỉ số đo lường	Hoạt động
1)	1.1	-
	1.2	-

2)	2.1	-
	2.2	-

Lĩnh vực 3: Hệ thống Điều dưỡng trưởng được củng cố và hoạt động hiệu quả

Các Kết quả trung hạn (2-4 năm)		Tiêu chí/ chỉ số đo lường Kết quả trung hạn
1).....		
2).....		
Kết quả ngắn hạn/đầu ra	Tiêu chí/ chỉ số đo lường	Hoạt động
1)	1.1	-
	1.2	-
2)	2.1	-
	2.2	-

Lĩnh vực 4: Phát triển năng lực nhân viên

Các Kết quả trung hạn (2-4 năm)		Tiêu chí/ chỉ số đo lường Kết quả trung hạn
1).....		
2).....		
Kết quả ngắn hạn/đầu ra	Tiêu chí/ chỉ số đo lường	Hoạt động
1)	1.1	-
	1.2	-
2)	2.1	-
	2.2	-

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Bộ Y tế, Cục quản lý khám chữa bệnh. Dự án tăng cường chất lượng nguồn nhân lực trong khám chữa bệnh, 2012.
2. Bộ Y tế, Cục quản lý khám chữa bệnh. Tài liệu đào tạo Quản lý điều dưỡng, Cục QLKCB-JICA, 2012.

Tiếng Anh

1. WHO. Results Based Management Checklist – A practical guide and diagnostic tool for Result-Based Management, 2004.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn 1 câu trả lời ĐÚNG hoặc ĐÚNG NHẤT cho các câu hỏi bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu tiên câu trả lời được chọn:

Câu 1. Để khẳng định xem có đạt được kết quả hay không người ta sử dụng:

- A. Tiêu chí để đánh giá
- B. Sự hoàn thành hoạt động để đánh giá
- C. Khả năng giải ngân để đánh giá
- D. Thời gian hoàn thành để đánh giá.

Câu 2. Đặc tính nào dưới đây thể hiện tính giá trị của một tiêu chí

- A. Dễ thay đổi
- B. Dễ thu thập
- C. Có khả năng đo lường kết quả
- D. Thông tin được thu thập từ nguồn tin cậy.

Câu 3. Sự liên kết được thể hiện rõ nhất trong chuỗi kết quả là liên kết của

- A. Đầu vào, hoạt động, và tác động
- B. Kết quả và tác động
- C. Kết quả ngắn hạn, kết quả trung hạn và tác động
- D. Đầu vào và hoạt động.

Câu 4. Giai đoạn cuối cùng của bản kế hoạch được lập theo phương pháp Quản lý dựa vào Kết quả là hướng tới:

- A. Đưa ra các chỉ số hoạt động
- B. Đưa ra các hoạt động để đạt được kết quả mong đợi
- C. Điều phối kinh phí hoạt động
- D. Tạo ra sự thay đổi nhất định nào đó.

Câu 5. Chuỗi kết quả được sắp xếp theo thứ tự như sau:

- A. Đầu vào, hoạt động, kết quả ngắn hạn, kết quả trung hạn, tác động.
- B. Hoạt động, đầu vào, kết quả ngắn hạn, kết quả trung hạn, tác động.
- C. Tác động, đầu vào, hoạt động, kết quả ngắn hạn, kết quả trung hạn.
- D. Đầu vào, tác động, hoạt động, kết quả ngắn hạn, kết quả trung hạn.

Câu 6. Phương pháp quản lý dựa vào kết quả quan tâm nhiều đến:

- A. Độ dài của các báo cáo
- B. Thời gian thực hiện kế hoạch
- C. Kết quả thực sự đạt được
- D. Số lượng các hoạt động đã được thực hiện.

Câu 7. Giai đoạn cuối cùng của bản kế hoạch được lập theo phương pháp quản lý dựa vào kết quả là hướng tới:

- A. Đưa ra các hoạt động để đạt được kết quả mong đợi.
- B. Đưa ra các chỉ số hoạt động.
- C. Điều phối kinh phí hoạt động.
- D. Tạo ra sự thay đổi nhất định nào đó.

Câu 8. Ý nào dưới đây khẳng định một kết quả tốt:

- A. Tập huấn 2 khoá về kỹ năng giao tiếp, ứng xử.
- B. Giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện từ 5% xuống 2%.
- C. Sử dụng hết kinh phí đào tạo được giao.
- D. Tổ chức được một chuyến tham quan nước ngoài cho điều dưỡng.

Câu 9. Khi lập kế hoạch theo phương pháp quản lý dựa vào kết quả việc cần định nghĩa/xác định cho rõ là:

- A. Hoạt động và tác động.
- B. Kết quả và tiêu chí.
- C. Hoạt động và kết quả.
- D. Hoạt động và tiêu chí.

BÀI 3. KỸ NĂNG GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ VÀ LẬP KẾ HOẠCH

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày khái niệm, cách nhận biết vấn đề, cách xác định vấn đề ưu tiên và phân tích được phương pháp giải quyết vấn đề.
2. Trình bày được khái niệm, tầm quan trọng, phân loại và nguyên tắc của lập kế hoạch.
3. Lập được kế hoạch giải quyết vấn đề và đánh giá kết quả thực hiện.
4. Viết được mục đích, tầm quan trọng và các nội dung chính của xây dựng bảng mô tả công việc.
5. Thể hiện tính tự chủ trong học tập, tìm kiếm thông tin, tài liệu và sử dụng thông tin, tài liệu tìm được để lập được kế hoạch giải quyết vấn đề và xây dựng bảng mô tả công việc của cá nhân.

NỘI DUNG

Kỹ năng giải quyết vấn đề (Problem solving skills) là một trong những kỹ năng rất cần thiết trong điều hành công việc của nhà quản lý bởi cuộc sống là một chuỗi những vấn đề đòi hỏi chúng ta phải giải quyết mà không vấn đề nào giống vấn đề nào và cũng không có một công thức chung nào để giải quyết mọi vấn đề.

Việc xác định vấn đề giống như định hướng đi, nếu xác định hướng đi sai thì dẫn đến các quyết định sai. Vì vậy, chúng ta phải tự trang bị cho mình những hành trang cần thiết để khi vấn đề nảy sinh thì chúng ta có thể vận dụng những kỹ năng sẵn có để giải quyết vấn đề đó một cách hiệu quả nhất.

1. Đại cương

- **Định nghĩa:** Vấn đề là một sự việc/hiện tượng xảy ra trong cuộc sống. Có thể diễn ra trong quá khứ, hiện tại hay trong tương lai.

- **Tiêu chuẩn:** Chỉ được coi là một vấn đề khi có ba nội dung cơ bản dưới đây.

+ Nhận thức được sự khác biệt: so sánh hiện tại của vấn đề với một số chuẩn mực đang hoặc đã có.

+ Có áp lực đòi hỏi phải giải quyết: Áp lực để giải quyết nhiều hay ít tùy thuộc vào tính chất và tầm quan trọng của vấn đề. Áp lực có thể là chính sách, tài chính, sự

phản nản, sự mong muốn của người quản lý hoặc những mong muốn thay đổi từ phía xã hội

+ Có nguồn lực để giải quyết: Kinh phí, nhân lực, trang thiết bị và chính sách cần thiết để giải quyết vấn đề

- Cách nhận biết vấn đề:

+ Tần suất: Vấn đề diễn ra thường xuyên như thế nào?

+ Tầm quan trọng: Ai là người bị tác động nhiều nhất? số lượng bao nhiêu?

+ Hậu quả của vấn đề đó là gì?

2. Phương pháp giải quyết vấn đề

2.1. Nhận biết vấn đề

Để giải quyết vấn đề thì điều trước tiên chúng ta phải nhận biết được vấn đề và mô tả vấn đề một cách ngắn gọn, chính xác. Vấn đề cần được diễn tả càng cụ thể càng tốt. Ví dụ nếu nói “đa số bệnh nhân cấp một chưa được điều dưỡng viên tư vấn, giáo dục sức khỏe” thì không cụ thể bằng nói “có 70% người bệnh chưa được tư vấn giáo dục sức khỏe”. Vấn đề càng được diễn tả cụ thể thì việc phân tích nguyên nhân và hậu quả của vấn đề càng dễ và càng chính xác.

Vấn đề được nhận diện thông qua việc quan sát, giám sát, phân tích số liệu, thảo luận với nhân viên hoặc thông qua các kênh truyền thông. Theo các nhà phân tích, mọi vấn đề đều có chủ nhân, hay nói một cách khác mọi vấn đề đều liên quan tới một hoặc một số người nào đó. Vấn đề của người này chưa hẳn là vấn đề của người khác và trong nhiều trường hợp vấn đề của người này lại là cơ hội của người khác.

Chúng ta hãy xem xét một trường hợp phức tạp trong thực tế: Hiện nay, tình trạng quá tải bệnh viện tuyến trên, người bệnh phải nằm ghép, phải chờ đợi lâu mới được khám, điều trị và phục vụ. Do mất cân bằng về quy luật cung cầu dẫn đến một số người bệnh chủ động đưa phong bì cho thầy thuốc, sử dụng môi giới “Cò bệnh viện” hoặc nhờ cậy người thân quen để được ưu tiên trong khám bệnh và điều trị. Người dân, báo chí và dư luận bức xúc về những hành vi kém đạo đức của một số cán bộ y tế... Theo bạn, vấn đề ở đây là gì?

Việc xác định các vấn đề phụ thuộc vào quan điểm và lợi ích của các đối tượng và các bên liên quan, vì thế vấn đề được nhìn nhận không đồng nhất giữa các nhóm lợi ích và các tổ chức đại diện cho các nhóm người khác nhau trong xã hội như Bộ Y tế,

bệnh viện, bác sĩ, điều dưỡng, người bệnh, cơ quan báo chí, v.v... Tình trạng quá tải bệnh viện tuyến trên do nhiều vấn đề và nhiều nguyên nhân hợp thành như:

- Mất cân đối về cung và cầu trong khám chữa bệnh
- Người bệnh chưa tin tưởng vào năng lực y tế tuyến dưới.
- Tỷ lệ giường bệnh/vạn dân thấp.
- Thiếu phương tiện chẩn đoán.
- Thiếu chính sách thu hút bác sĩ giỏi ở tuyến dưới
- Các chính sách về viện phí, bảo hiểm y tế chưa khuyến khích người bệnh điều

trị ở tuyến dưới.

Khác biệt về nhìn nhận và đánh giá vấn đề có thể do khác biệt lợi ích, do định kiến dẫn đến phân tích và xác định vấn đề sai. Ví dụ, những người không bao giờ sử dụng son phấn có thể khó thông cảm với những người ưa trang điểm. Trong lĩnh vực y tế khẳng định vai trò quan trọng của điều dưỡng viên đóng góp vào việc tăng cường chất lượng và sự an toàn của dịch vụ y tế cũng là một vấn đề cần sớm được giải quyết.

Không phải tất cả các vấn đề có liên quan đến bạn đều phải do chính bạn giải quyết. Nếu vấn đề không thuộc phạm vi của bạn hay không có nguồn lực cần thiết để giải quyết thì cách tốt nhất là chuyển vấn đề đó cho người có trách nhiệm giải quyết. Để xác định vấn đề ưu tiên cần giải quyết, chúng ta có thể dựa vào các tiêu chí/ chỉ số dưới đây:

- Cụ thể
- Bức xúc
- Phạm vi ảnh hưởng
- Khả thi.

Cũng có thể sử dụng thang điểm để lựa chọn vấn đề ưu tiên khi có quá nhiều vấn đề cần giải quyết. Ứng với mỗi tiêu chí/ chỉ số cho điểm từ 0 - 2 điểm, theo mức độ từ thấp đến mức cao. Ví dụ: từ mức “không cụ thể, cụ thể và rất cụ thể; ít bức xúc, bức xúc và rất bức xúc; phạm vi hẹp, phạm vi rộng và phạm vi rất rộng; không khả thi, khả thi và rất khả thi). Sau khi cho điểm từng tiêu chí/ chỉ số, cộng dồn xem vấn đề nào có tổng số điểm cao nhất thì vấn đề đó là vấn đề ưu tiên.

Sai lầm trong xác định vấn đề

- Xác định vấn đề không lấy đối tượng phục vụ làm trung tâm. Sai lầm thường gặp đối với các điều dưỡng trưởng là ít quan tâm đến các vấn đề của người bệnh mà hay quan tâm đến vấn đề của điều dưỡng viên. Do đó, chưa chuyển hóa được vấn đề điều dưỡng trưởng quan tâm thành vấn đề quan tâm của lãnh đạo bệnh viện.

- Xác định vấn đề quá mơ hồ hay quá rộng. Ví dụ, Người bệnh chưa được chăm sóc toàn diện hay đạo đức nghề nghiệp xuống cấp, kỹ năng giao tiếp kém

- Xác định vấn đề quá hẹp dẫn đến lạc hướng. Ví dụ: Điểm học tập của con mình không bằng điểm của con người bạn. Có thể điểm thấp không phải là do con mình thiếu nỗ lực trong học tập mà còn do nhiều nguyên do khác, vì vậy, ép con học có thể làm vấn đề trầm trọng hơn.

- Xác định vấn đề dựa trên giải pháp cho vấn đề. Ví dụ: Người bệnh phải nằm ghép vì thiếu bệnh viện. Giải pháp được đề xuất ở đây là xây thêm bệnh viện, nhưng có thể xây thêm bệnh viện không phải là giải pháp cơ bản vì việc xác định vấn đề và giải pháp đề ra đã định hướng sai cho việc giải quyết vấn đề.

2.1.1. Nhận định để xác định vấn đề cần giải quyết

Phân tích tình hình chung để xác định vấn đề cần giải quyết bao gồm cả việc xác định nguyên nhân của vấn đề và xác định các yếu tố nguyên nhân ưu tiên.

**** Kỹ thuật động não***

- Khái niệm: Động não là một kỹ năng giúp cho một nhóm người trong thời gian ngắn có thể đưa ra được nhiều ý tưởng.

- Ứng dụng:

+ Kỹ thuật động não được áp dụng để phân tích nguyên nhân và lựa chọn các giải pháp cho vấn đề.

+ Mọi nhóm người có chung sự quan tâm đều có thể áp dụng phương pháp động não. Nếu trong nhóm có thành viên có những quan điểm khác nhau càng giúp tạo ra nhiều ý tưởng sáng tạo.

- Nguyên tắc thực hiện

+ Nhóm làm việc nhanh, sôi động trong thời gian ngắn

+ Xây dựng và bổ sung trên ý tưởng của nhau

+ Khuyến khích nói ra mọi ý tưởng “lóc lên” trong đầu.

+ Chưa vội phán xét tính chính xác của các ý kiến.

- + Đạt được sự thống nhất trong nhóm

- Điều quan trọng nhất trong kỹ thuật động não của nhóm là thu thập các ý kiến.

Việc đánh giá và nhận xét sự chính xác hoặc không chính xác của các ý kiến sẽ được nghiên cứu. Đôi khi hai ý kiến trái ngược nhau có thể phối hợp để đưa ra một giải pháp dung hòa hợp lý.

2.1.2. Xác định ưu tiên

- Cơ sở xác định ưu tiên dựa vào 3 yếu tố

- + *Tần suất*: tần suất của vấn đề diễn hoặc không đưa ra như thế nào? thường xuyên hay thỉnh thoảng.

- + *Tầm quan trọng*: vấn đề nào là quan trọng nhất cần phải giải quyết. Vấn đề có tác động đến sức khỏe, đến chất lượng các quy trình công việc, đến tổ chức và cá nhân như thế nào?

- + *Tính thực thi*: vấn đề đưa ra có khả năng thực hiện không? Có bối cảnh chung để làm hậu thuẫn và có nguồn lực để giải quyết không?

- Kỹ thuật xác định ưu tiên:

- + Căn cứ vào ba yếu tố nêu trên, lập bảng để xác định vấn đề ưu tiên bằng cách cho điểm.

- + Dùng hệ thống điểm từ 1-10 để cho điểm dựa vào ba yếu tố trên của từng vấn đề.

- + Cộng điểm, vấn đề nào có tổng số điểm cao nhất sẽ là vấn đề ưu tiên cần được giải quyết trước.

2.2. Phân tích nguyên nhân

Chưa hiểu rõ nguồn gốc của vấn đề sẽ dẫn đến cách giải quyết sai lệch hay nói cách khác là “chẩn đoán không đúng bệnh thì chỉ định điều trị sẽ sai” và đôi khi “tiền mất, tật mang”.

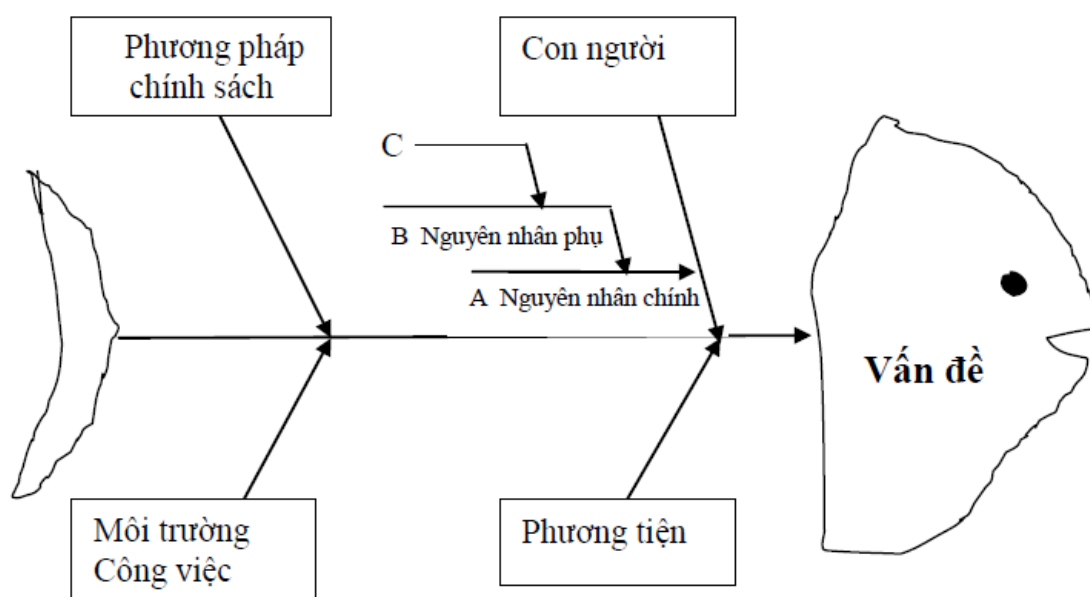
2.2.1. Phân tích nguyên nhân gốc bằng kỹ thuật “5 Why”

5 why là một kỹ thuật đơn giản, dễ nhớ và rất hiệu quả trong quy trình giải quyết vấn đề, giúp nhanh chóng tìm ra nguyên nhân gốc. 5WHY được phổ biến đưa ra vào những năm 1970 bởi hệ thống sản xuất Toyota. Chiến lược 5WHY được sử dụng để phân tích tìm nguyên nhân của vấn đề bằng cách đặt câu hỏi “Tại sao xảy ra vấn đề

đó?”. Thông thường, câu trả lời cho câu hỏi “tại sao” đầu tiên sẽ gọi cho câu hỏi “tại sao” thứ hai, rồi thứ ba, thứ tư và thứ năm.

5 WHY là một kỹ thuật đơn giản có thể giúp nhanh chóng tìm ra nguyên nhân của một vấn đề nhưng đối với những vấn đề phức tạp thì “5 WHY” có thể không giúp giải quyết được nguyên nhân gốc và đôi khi sẽ đưa đi sai đường, nếu nhận thấy nó không nhanh chóng đưa ra câu trả lời đúng đắn và rõ ràng thì cần đến những kỹ thuật tinh vi hơn.

2.2.2. Phân tích nguyên nhân gốc bằng kỹ thuật “Xương cá - Fishbone”



Hình 2.1. Sơ đồ xương cá

Các bước phân tích theo sơ đồ xương cá “FISHBONE CHART”

- **Bước 1:** Vẽ sơ đồ xương cá
- **Bước 2:** Viết vấn đề ở “đầu cá”
- **Bước 3:** Đặt tên cho mỗi khúc xương cá các yếu tố như con người, phương pháp/chính sách, Phương tiện/vật liệu; môi trường/công việc
- **Bước 4:** Sử dụng kỹ thuật “động não” để xác định các nguyên nhân chính và nguyên nhân phụ ở từng khúc xương bằng cách đặt các câu hỏi “Tại sao điều đó xảy ra”. Các câu hỏi có tính logic như: A xảy ra là do B, B xảy ra là do C và C xảy ra là do D.
- **Bước 5:** Khi xác định được nguyên nhân cốt lõi cần đánh số thứ tự ưu tiên để dễ nhận biết các nguyên nhân liên quan đến vấn đề.

2.3. Chọn giải pháp và hoạt động ưu tiên

2.3.1. Nguyên tắc chung

Sau khi đã tìm hiểu được nguyên nhân gốc của vấn đề và kết quả mong đợi, nhà quản lý sẽ đưa ra những giải pháp và hoạt động theo từng giải pháp. Sau đó, cân nhắc lựa chọn những giải pháp tối ưu và phù hợp nhất để giải quyết vấn đề. Sự động não và sáng tạo sẽ giúp nhà quản lý tìm được giải pháp đôi khi hơn cả mong đợi. Cần lưu ý là một giải pháp tối ưu phải đáp ứng được ba yếu tố: giải quyết vấn đề dài lâu, có tính khả thi, và có tính hiệu quả.

Sau khi đã đề ra được các giải pháp tối ưu, ứng với mỗi giải pháp cần đưa ra các hoạt động tương ứng bằng cách đặt ra các câu hỏi như sau:

- Các giải pháp sẽ được thực hiện như thế nào và hoạt động nào là tốt nhất?
- Chúng sẽ đáp ứng được mục tiêu và kết quả mong đợi đến mức độ nào?
- Phí tổn (về tài chính, thời gian, công sức...) cho việc áp dụng mỗi giải pháp là bao nhiêu?
- Giải pháp nào tốt hơn, giải pháp nào tốt nhất?

2.3.2. Phân tích giải pháp bằng kỹ thuật SWOT

- Kỹ thuật SWOT “Strength Weakness Opportunity and Threaten” giúp phân tích tình hình trong việc lập kế hoạch, dự án.
- Kỹ thuật SWOT hướng các hoạt động vào việc phát huy thế mạnh và giải quyết các vấn đề yếu thông qua khai thác các cơ hội lớn để thực hiện các thay đổi.
- Trong quá trình áp dụng kỹ thuật SWOT cần trả lời các câu hỏi sau:
 - + Những điểm mạnh: Chỉ ra những ưu điểm nổi bật, những thuận lợi, những khả năng/tiềm năng sẵn có, những ý tốt nhận được thông qua đánh giá từ bên ngoài...
 - Những điểm yếu: Những nhược điểm, những khó khăn/hạn chế, thách thức, những ý kiến đánh giá chưa tốt từ bên ngoài...
 - Cơ hội: Các cơ hội, những thuận lợi, những thời cơ có được...
 - Nguy cơ: Đó là những mối nguy hại, sự đe dọa, những cản trở gặp phải

2.4. Thực thi giải pháp/hoạt động lựa chọn

Khi tin rằng mình đã hiểu được vấn đề và biết cách giải quyết nó, bạn có thể bắt tay vào thực hiện các hoạt động để tạo nên sự thay đổi theo chiều hướng tích cực. Để đảm bảo các giải pháp được thực thi hiệu quả, cần phải xây dựng thành kế hoạch triển

khai, xác định ai là người có liên quan, ai là người chịu trách nhiệm chính trong việc thực thi giải pháp và các hoạt động, thời gian để thực hiện là bao lâu, những nguồn lực cần có để thực hiện là gì?

Trong quá trình triển khai thực hiện, cần phải dành thời gian để điều phối các nguồn lực, hỗ trợ giải quyết các vấn đề phát sinh, đồng thời kiểm tra bảo đảm các hoạt động được thực hiện đúng tiến độ và các nguồn lực được sử dụng hiệu quả.

2.4.1. Lập kế hoạch để giải quyết vấn đề.

*** Nguyên tắc.**

- Đặt vấn đề cần giải quyết trong bối cảnh chung: đặt vấn đề cần giải quyết trong bối cảnh cụ thể, những chính sách, quy định hiện có của đơn vị, của ngành và xã hội.

- Nhận ra các cá nhân và tập thể liên quan, ai là người bị tác động bởi vấn đề? Ai là người có tác động quan trọng đến giải quyết vấn đề? Các cá nhân và tập thể nào cần tham gia vào việc giải quyết vấn đề?

- Hình thành qui trình đi tới quyết định để giải quyết vấn đề.

- + Đa phần các vấn đề trong lĩnh vực điều dưỡng muốn được giải quyết phải trình lên cấp trên có thẩm quyền để quyết định.

- + Người điều dưỡng trưởng/quản lý phải biết các quy định, soạn thảo các văn bản cần thiết để hình thành qui trình giải quyết vấn đề xảy ra.

- + Tùy theo tính chất, đặc điểm của từng vấn đề cụ thể mà người lãnh đạo cần tham khảo ý kiến của một hoặc nhiều bộ phận có liên quan trước khi đi tới một quyết định để giải quyết đặc biệt cần chú ý đối với những vấn đề nhạy cảm có sự ảnh hưởng lớn.

- Hình thành các giải pháp để giải quyết vấn đề:

- + Cần đưa ra nhiều cách giải quyết khác nhau cho một vấn đề để lựa chọn phương án tối ưu.

- + Giải pháp đề xuất phải phù hợp với vấn đề và có khả năng thực thi, mang tính khoa học và phải dựa trên cơ sở lý luận, thực tiễn.

*** Lập kế hoạch giải quyết vấn đề**

Xác định tiêu chuẩn/ kết quả cần đạt được

- Để lập kế hoạch giải quyết vấn đề, trước hết cần phải xác định rõ những lĩnh vực mong muốn thực hiện.

- Mỗi lĩnh vực cần đưa ra các chỉ tiêu/tiêu chuẩn đạt được, cách thức thực hiện và xác định rõ phương pháp đánh giá tương ứng với nó.

Lập kế hoạch thực hiện

Kế hoạch thực hiện cần xác định rõ tên hoạt động, người chịu trách nhiệm, nguồn nhân lực cần thiết và thời hạn hoàn thành công việc và yêu cầu về kết quả đạt được...:

Bảng 2.1. Biểu mẫu lập kế hoạch để giải quyết vấn đề

<i>STT</i>	<i>Hoạt động</i>	<i>Nguồn lực cần thiết</i>	<i>Thời gian (thực hiện- hoàn thành)</i>	<i>Người thực hiện/ chịu trách nhiệm</i>	<i>Kết quả/sản phẩm đạt được</i>	<i>Ghi chú</i>

2.4.2. Thực hiện.

Tổ chức thực hiện giải quyết vấn đề theo kế hoạch đã đề ra.

2.5. Đánh giá kết quả

Sau khi kế hoạch giải quyết vấn đề đã được triển khai thực hiện, cần đánh giá xem cách giải quyết đó có tốt không, có đạt được mục tiêu đề ra không và việc giải quyết vấn đề đó có phát sinh những hệ lụy cần tiếp tục giải quyết không.

Để đánh giá kết quả giải quyết vấn đề cần sử dụng các phương pháp như: phỏng vấn những người có liên quan, quan sát tại chỗ, thực hiện các đo lường, thu thập và phân tích số liệu.

Trên cơ sở kết quả đánh giá xác định xem vấn đề đã được giải quyết chưa và có cần tiếp tục cải tiến để giải quyết triệt để hơn không hay đã hài lòng với các kết quả đạt được.

Trên thực tế, không phải lúc nào vấn đề cũng được giải quyết sau khi thực hiện. Nếu kết quả thực hiện không được như mong muốn, có thể phải xem lại từ đầu từ bước xác định nguyên nhân, đến việc đưa ra mục tiêu và các giải pháp cũng như quá trình thực hiện các giải pháp. Những bài học rút ra từ những thất bại sẽ giúp tránh được những sai sót ở những vấn đề khác lần sau.

- Giám sát và đánh giá là công cụ để quản lý hiệu quả.
- Giám sát- Đánh giá là so sánh kết quả với mục tiêu đề ra trong một thời gian xác định. Đồng thời để phân tích những khó khăn cản trở và chỉ ra cách khắc phục.
- Giám sát và đánh giá còn hỗ trợ điều chỉnh những mục tiêu ban đầu đã đề ra.
- Bốn nguyên tắc cơ bản của giám sát- đánh giá.
 - + Dựa vào tiêu chuẩn/mục tiêu đã đề ra
 - + Tập trung vào những vấn đề lớn, trọng tâm
 - + Thu thập dữ liệu đầy đủ.
 - + Đưa ra hướng dẫn và điều chỉnh nếu cần thiết
- Nội dung giám sát và đánh giá cần tập trung vào các vấn đề chính:
 - + Cách tổ chức và phối hợp thực hiện.
 - + Đầu vào
 - + Các quy trình công việc
 - + Kết quả đầu ra
 - + Tác động của nó đối với các vấn đề sức khỏe, kinh tế, xã hội và phát triển tổ chức
- Báo cáo giám sát- đánh giá bao gồm:
 - + Mục tiêu và các hoạt động đã hoàn thành/Mức độ hoàn thành (có số liệu cụ thể)
 - + Những cản trở đối với những mục tiêu và hoạt động chưa hoàn thành
 - + Chi phí tài chính
 - + Đề xuất các hoạt động tiếp theo.

3. Lập kế hoạch

3.1. Khái niệm về lập kế hoạch

Kế hoạch là một tập hợp những hoạt động được sắp xếp theo lịch trình, có thời hạn bắt đầu và kết thúc, có ấn định nguồn lực để thực hiện nhằm đạt được mục tiêu và kết quả đã đề ra.

Lập kế hoạch là quá trình đưa ra những dự định sẽ thực hiện nhằm đạt được mục tiêu đã đề ra.

Lập kế hoạch là một trong các chức năng cơ bản của người quản lý để biến những điều mong muốn thành hiện thực.

Mục đích của việc xây dựng kế hoạch là để triển khai các kế hoạch của cấp trên và thực hiện các hoạt động thực tiễn của đơn vị nhằm sử dụng nguồn lực hiện có một cách hiệu quả nhất.

Lập kế hoạch là quá trình bao gồm việc xác định các kết quả mong đợi, các hoạt động và nguồn lực cần thiết để trình cơ quan có thẩm quyền phê duyệt. Kế hoạch được viết dưới hình thức văn bản quy phạm pháp luật, hoặc văn bản hành chính.

Tầm quan trọng của lập kế hoạch

- Để tập trung nguồn lực vào vấn đề ưu tiên
- Để chia sẻ với toàn bộ các thành viên trong tổ chức
- Để đánh giá kết quả thực hiện

3.2. Phân loại kế hoạch

3.2.1. Theo thời gian

- Kế hoạch dài hạn (5 - 10 năm)
- Kế hoạch trung hạn (2-4 năm)
- Kế hoạch năm
- Kế hoạch tháng
- Kế hoạch tuần

3.2.2. Theo cấp độ

- Kế hoạch vĩ mô là kế hoạch định cho thời kỳ dài, mang tính chiến lược cao.

Ví dụ để thực hiện Kế hoạch quốc gia về tăng cường công tác điều dưỡng hộ sinh, giai đoạn 2002-2010.

- Kế hoạch vi mô là kế hoạch mang tính chiến thuật, dùng để triển khai kế

hoạch vĩ mô do các nhà quản lý của các đơn vị xây dựng. Ví dụ: Kế hoạch của Hội Điều dưỡng Việt Nam về Tăng cường năng lực quản lý-lãnh đạo của điều dưỡng là kế hoạch vi mô.

3.2.3. Theo cách tiếp cận xây dựng kế hoạch

- Xây dựng kế hoạch từ trên xuống. Đây là quá trình chuyển các kế hoạch vĩ mô thành kế hoạch hoạt động của cơ sở, hiện thực hóa các chủ trương, chính sách, kế hoạch hành động vĩ mô của Nhà nước trong lĩnh vực y tế thông qua các hoạt động cụ thể tại cơ sở. Hoặc căn cứ vào kế hoạch chung của bệnh viện 6 tháng và hàng năm để xây dựng kế hoạch cụ thể cho công tác chăm sóc người bệnh. Dựa trên các chỉ tiêu

được phân bổ, các đơn vị sẽ xây dựng kế hoạch hoạt động của mình nhằm đạt được các chỉ tiêu đó. Phương pháp này không dựa trên nhu cầu thực tế của địa phương nên tính hiệu quả thường không cao. Đặc biệt đối với công tác điều dưỡng thường bị bỏ qua hay đề cập rất sơ sài trong kế hoạch của cấp trên.

- Xây dựng kế hoạch từ dưới lên. Đây là quá trình xây dựng kế hoạch dựa trên nhu cầu thực tế tại cơ sở, được xây dựng không chỉ những nhà lãnh đạo mà còn có sự tham gia của các thành viên trong tổ chức. Phương pháp này có ưu điểm là xác định được các vấn đề một cách cụ thể, thiết thực, ngoài ra còn trao trách nhiệm và quyền chủ động giải quyết cho cấp dưới, huy động được nguồn lực và sáng kiến của cán bộ viên chức.

- Phòng Điều dưỡng bệnh viện cần xây dựng kế hoạch công tác điều dưỡng của bệnh viện từ việc tổng hợp kế hoạch công tác điều dưỡng của các khoa và thảo luận với các điều dưỡng trưởng khoa trước khi trình giám đốc bệnh viện phê duyệt.

4. Các nguyên tắc lập kế hoạch

Tính mục tiêu: Tính mục tiêu trong lập kế hoạch phải lấy người bệnh, đối tượng phục vụ làm trung tâm là cơ sở cho việc triển khai các hoạt động, theo dõi, giám sát và đánh giá.

Tính khoa học: Mọi sản phẩm của quá trình lập kế hoạch chỉ có hiệu quả nếu có căn cứ khoa học. Tính khoa học chính là yếu tố đảm bảo chất lượng và độ tin cậy của các kế hoạch được thảo ra.

Tính thực tế: Kế hoạch phải căn cứ vào phân tích hiện trạng và căn cứ vào thực tế của mỗi đơn vị.

Tính cân đối: Cân đối giữa nhu cầu, giữa các yếu tố, các bộ phận, các lĩnh vực và quá trình trong hệ thống tổ chức để đảm bảo thuận lợi nhất cho việc thực hiện mục tiêu đã lựa chọn.

Tính chấp nhận: Kế hoạch được lập ra phải được sự chấp nhận của các cấp lãnh đạo và sự đồng tình của những người trực tiếp thực hiện.

5. Các nội dung chính của bản lập kế hoạch

Áp dụng công thức 5W2H1C5M

- Xác định mục tiêu, kết quả cần đạt được 1W (Cần đạt được kết quả gì?)

- Xác định hoạt động/công việc cần làm 1W (Cần phải làm gì và chỉ ra các bước để thực hiện công việc đó.)
- Xác định cách thức thực hiện 2H (Làm việc đó như thế nào và bao nhiêu?)
- Xác định 3W (Làm việc đó ở đâu, khi nào và ai làm?)
- Xác định 1C (hoạt động nào cần kiểm tra, kiểm tra ở đâu, khi nào và kiểm tra như thế nào).
- Xác định nguồn lực thực hiện 5M (nhân lực, kinh phí, vật tư, thiết bị và phương pháp).

6. Các bước lập kế hoạch

6.1. Đánh giá hiện trạng

Để đánh giá hiện trạng làm cơ sở cho việc xây dựng kế hoạch chúng ta có thể áp dụng kỹ thuật phân tích SWOT. Phân tích SWOT (SWOT Analysis) là một kỹ thuật phân tích rất mạnh trong việc xác định Điểm mạnh và Điểm yếu, để từ đó tìm ra được Cơ hội và Thách thức. Hơn thế nữa, bằng cách sử dụng phương pháp phân tích SWOT chúng ta có thể phác thảo một chiến lược hiệu quả trên thị trường. Khi nhìn vào Điểm mạnh thì hãy liên tưởng đến đối tác cạnh tranh của bạn. Ví dụ, nếu tất cả đối tác của bạn đều cung cấp dịch vụ có chất lượng cao, thì quá trình sản xuất chất lượng cao không phải là điểm mạnh nó chỉ là điều kiện cần. Để tiến hành phân tích SWOT hãy trả lời các câu hỏi sau:

Điểm mạnh:

- Tổ chức của bạn có lợi thế gì?
- Bạn có thể làm gì tốt hơn những người khác?
- Người ta thấy bạn có điểm mạnh gì?

Điểm yếu:

- Bên trong: bạn nhận thức được những vấn đề gì cần cải tiến?
- Bên ngoài: mọi người đánh giá những yếu kém của tổ chức của bạn là gì?

Cần xem xét ở cả hai phương diện bên trong và bên ngoài: Có thể người ngoài tổ chức nhận thấy điểm yếu mà bạn không thấy hoặc những vấn đề mà tổ chức của bạn không nổi trội so với các đối tác khác.

Cơ hội:

- Cơ hội mang đến do xu thế hội nhập trong nước và quốc tế

- Cơ hội mang đến do sự thay đổi về chính sách và cơ chế hoạt động
- Cơ hội mang đến do sự thay đổi về công nghệ
- Cơ hội mang đến do sự kiện sẽ diễn ra tại địa phương

Thách thức đe dọa:

- Những thay đổi có tác động bất lợi đến tổ chức của bạn hay không?
- Liệu có điểm yếu nào của bạn đe dọa công việc của bạn không?

Điểm mạnh và điểm yếu thường là xuất phát từ nội tại trong tổ chức của bạn.

Cơ hội và thách thức thường liên quan tới những nhân tố từ bên ngoài.

6.2. Xác định vấn đề và nguyên nhân

Để xác định được vấn đề ưu tiên cần đưa vào kế hoạch chúng ta cần xác định các nguyên nhân của vấn đề và xác định tác động ảnh hưởng của vấn đề đối với tổ chức và đối tượng phục vụ nếu vấn đề không được giải quyết.

6.3. Xác định mục tiêu (kết quả mong đợi) và các chỉ số đánh giá

6.3.1. Mục tiêu

Mục tiêu là kết quả mong đợi cần đạt được. Căn cứ vào thời gian người ta chia kết quả thành các mức độ sau:

- Kết quả đầu ra: có ngay sau khi hoàn thành hoạt động.
- Kết quả ngắn hạn được xác định < 2 năm.
- Kết quả trung hạn được xác định từ 3-4 năm.
- Kết quả dài hạn được xác định từ 5 năm trở lên. Kết quả dài hạn là tác động cuối cùng được lũy tích từ các kết quả ngắn hạn và trung hạn đã đạt được ở giai đoạn trước đó.

6.3.2. Chỉ số đánh giá

Các chỉ số đánh giá bao gồm các chỉ số định lượng và chỉ số định tính như: tỷ lệ ĐDV trình độ cao đẳng và đại học; tỷ lệ NKBV; tỷ lệ sai sót do dùng thuốc; tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay; tỷ lệ người bệnh được cung cấp chế độ ăn bệnh lý; tỷ lệ người bệnh hài lòng, v.v. Phòng Điều dưỡng bệnh viện cần xây dựng các danh mục chỉ số để theo dõi đánh giá sự thay đổi và kết quả thực hiện theo thời gian của bệnh viện.

6.4. Xác định các hoạt động can thiệp

Hoạt động can thiệp được xác định dựa theo nguyên nhân. Mỗi nguyên nhân có thể có phải có một hoặc nhiều hoạt động để giải quyết. Ví dụ:

Vấn đề	Nguyên nhân gốc	Hoạt động
Người bệnh chưa được hướng dẫn, giáo dục sức khỏe (GDSK).	- Bệnh viện chưa có quy định và hướng dẫn cụ thể - Bệnh viện chưa có tài liệu GDSK - ĐDV thiếu kiến thức và kỹ năng - ĐDV làm chưa làm đúng chức năng vì bị giao nhiều công việc hành chính phi điều dưỡng.	- Xây dựng Quy định và hướng dẫn GDSK - Xây dựng Tài liệu GDSK - Tập huấn về tư vấn, GDSK - Bố trí công việc hợp lý để ĐDV trực tiếp CSNB. - Tăng cường công tác giám sát người bệnh vào viện, ra viện

6.5. Lên kế hoạch và trình phê duyệt

- Liệt kê các hoạt động sẽ phải tiến hành theo trật tự hợp lý.
- Dự kiến thời gian bắt đầu và thời gian kết thúc cho từng hoạt động.
- Xác định rõ địa điểm tiến hành.
- Phân công trách nhiệm thực hiện rõ ràng
- Dự trù tài chính, trang thiết bị, cơ sở vật chất.
- Dự kiến kết quả đầu ra cho từng hoạt động.

6.6. Triển khai thực hiện kế hoạch

- Xây dựng các quy định cụ thể
- Phân bổ các nguồn lực phù hợp
- Thiết lập hệ thống báo cáo.
- Mô tả công việc và phân công cho từng cá nhân, đơn vị cụ thể.
- Điều phối: phối hợp các hoạt động giữa các cá nhân, bộ phận liên quan
- Kiểm tra, giám sát việc thực hiện kế hoạch đã được phê duyệt.

6.7. Các phương thức đánh giá thực hiện kế hoạch

- Đánh giá ban đầu
- Đánh giá tiến độ thực hiện
- Đánh giá kết thúc
- Đánh giá tác động

7. Bảng mô tả công việc

7.1. Khái niệm

Bản mô tả công việc là một văn bản liệt kê có hệ thống các trách nhiệm, bổn phận, nhiệm vụ phải hoàn thành và yêu cầu cũng như quyền lợi khác của một vị trí làm việc cụ thể.

7.2. Sự cần thiết

- Bộ Nội vụ, Bộ Y tế quy định một cách chung nhất về chức năng, nhiệm vụ của các ngạch công chức, viên chức; ở mỗi cấp độ quản lý, đơn vị khác nhau lại có sự điều chỉnh nhiệm vụ của mỗi cá nhân cho phù hợp với từng vị trí công tác.

- Mỗi cá nhân ở mỗi vị trí công tác cần có bản mô tả công việc của từng cá nhân đó.

- Bản mô tả công việc là một văn bản hành chính quy định rõ những công việc và chất lượng công việc mà mỗi nhân viên phải thực hiện.

- Bản mô tả công việc của mỗi cá nhân trong đơn vị được lãnh đạo cấp có thẩm quyền ký, phê duyệt và được thông báo tới từng cá nhân để họ biết và thực hiện.

7.3. Mục đích

7.3.1. Đối với người quản lý

- Hoạch định nguồn nhân lực: Việc sử dụng các thông tin trong quá trình phân tích công việc có thể giúp các nhà quản lý xác định được nguồn cung và cầu của nguồn nhân lực.

- Tổ chức điều hành công việc trong đơn vị được thuận lợi, hiệu quả, tránh chồng chéo, bỏ sót công việc;

- Kiểm soát và đánh giá thực hiện và hoàn thành công việc của nhân viên: Trên cơ sở các nhiệm vụ và mục tiêu công việc, định kỳ người quản lý và nhân viên sẽ tiến hành thảo luận, đánh giá kết quả thực hiện công việc. Thành tích, khuyết điểm cũng như nguyên nhân chưa hoàn thành đều được hai bên làm rõ. Từ đó, mục tiêu công việc trong kỳ đánh giá kế tiếp và những yếu điểm cần khắc phục, kiến thức, kỹ năng chuyên môn cần được đào tạo cũng sẽ được hai bên xác định và cam kết thực hiện cụ thể. Kết quả đánh giá này cũng sẽ là cơ sở để xem xét về mức lương và đề bạt cán bộ.

- Tuyển dụng: Bản mô tả công việc là cơ sở để xác định ngay từ đầu các yêu cầu tuyển chọn ứng viên đáp ứng yêu cầu của vị trí công việc.

- Cơ sở để tính lương và phúc lợi: Căn cứ vào trách nhiệm và khối lượng công việc, mức độ phức tạp, cường độ, điều kiện và môi trường làm việc... đã được mô tả để đánh giá, so sánh và phân nhóm lao động. Những chức danh có cùng giá trị công việc được xếp vào cùng một nhóm lương. Mọi thay đổi về trách nhiệm, khối lượng công việc đều được cập nhật và đánh giá lại theo đúng thực tế, đảm bảo sự công bằng và khách quan trong việc trả lương.

- Tạo ra một môi trường hoạt động đồng thuận, thích hợp cho làm việc nhóm. Trong thực tế, nhiều trường hợp do không có sự quy định rõ ràng về công việc, nên ai cũng chọn công việc dễ, có lợi nhuận cao và né tránh công việc khó, lợi nhuận thấp.

7.3.2. Đối với nhân viên

- Chỉ cho nhân viên biết rõ nhiệm vụ của mình, giúp họ tự đánh giá được sự hoàn thành nhiệm vụ thông qua sự đối chiếu giữa công việc đã thực hiện và bản mô tả công việc.

- Biết rõ quyền hạn và quyền lợi của mình; biết rõ môi trường làm việc với các chế độ, chính sách liên quan khác (lương, thưởng, cơ hội thăng tiến...) để định hướng phát triển.

7.3.3. Đối với công tác đào tạo

Thông tin chi tiết về các yêu cầu năng lực (kiến thức, kỹ năng, thái độ) trên bản mô tả công việc chính là cơ sở để xác định nhu cầu đào tạo, mục tiêu và nội dung giảng dạy cho phù hợp với đối tượng đào tạo.

7.4. Yêu cầu của bản mô tả công việc

- Mỗi cá nhân có một bản mô tả công việc. Bản mô tả công việc được lưu giữ tại phòng Điều dưỡng, phòng Tổ chức cán bộ và niêm yết tại nơi nhân viên làm việc, được bổ sung hàng năm và khi cần thiết cho phù hợp.

- Từng nhiệm vụ và trách nhiệm cần thiết phải được mô tả ngắn gọn, chính xác, súc tích nhưng cụ thể, đầy đủ những chi tiết chính nhằm bảo đảm cho mọi người đều có thể hiểu được đầy đủ nội dung công việc được mô tả.

- Các nhiệm vụ và trách nhiệm trong bản mô tả công việc cần được sắp xếp theo thứ tự quan trọng trên cơ sở liệt kê các kỹ năng cơ bản của công việc sẽ được thực hiện từ đó chọn những kỹ năng nào cần cho việc thực hiện thành công công việc, điều gì cần thiết và điều gì trên thực tế có thể không thích hợp.

- Các bước công việc để thực hiện nhiệm vụ chính được mô tả theo một trình tự logic, phù hợp với quy trình thực hiện công việc trong thực tế.
- Các tiêu chí/ chỉ số có thể đo lường được.
- Văn phong sử dụng khi mô tả: mở đầu mỗi câu bằng các động từ chỉ hành động, không có chủ ngữ.

7.5. Quy trình xây dựng bản mô tả công việc

7.5.1. Trách nhiệm xây dựng bản mô tả công việc

- Điều dưỡng trưởng khoa viết bản mô tả công việc cho từng vị trí nhân viên trong khoa.
- Trưởng phòng Điều dưỡng bệnh viện, trưởng khoa, trưởng phòng Tổ chức cán bộ góp ý sửa đổi lần cuối.
- Giám đốc bệnh viện phê duyệt.

7.5.2. Quy trình xây dựng

*** Thu thập các nguồn thông tin:**

- Chức năng, nhiệm vụ của từng chức danh đã được quy định bởi Bộ Nội Vụ, Bộ Y tế.
- Bác sỹ trưởng khoa và Điều dưỡng trưởng khoa dự kiến các vị trí, công việc trong khoa để phân công đúng với chức năng, nhiệm vụ theo quy định và phân công công việc cho từng cá nhân chịu trách nhiệm soạn thảo bản mô tả công việc cho từng điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên, hộ lý trong khoa.
- Nhân lực, điều kiện, trang thiết bị hiện có của đơn vị và các thế mạnh khác nếu có.
- Trình độ, kinh nghiệm của nhân viên.
- Kết quả giám sát thực tế và những kinh nghiệm cá nhân của người quản lý.

*** Viết bản thảo:**

Điều dưỡng trưởng khoa có thể tự soạn thảo hoặc phân công một số cá nhân soạn dự thảo bản mô tả công việc cho từng điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên, hộ lý trong khoa (bản thảo 1)

- Gửi bản thảo tới những cá nhân dự kiến nhận nhiệm vụ của mô tả công việc đó trao đổi, thảo luận góp ý, sửa chữa (nếu có thể) (bản thảo 2).

- Lấy ý kiến tập thể đơn vị từng bản mô tả công việc và điều chỉnh nếu cần (bản thảo 3).

*** Trình duyệt và tổ chức thực hiện:**

- Bản thảo 3 bản mô tả công việc được gửi tới phòng Điều dưỡng bệnh viện để phòng kết hợp với phòng Tổ chức cán bộ nghiên cứu góp ý, hoàn chỉnh trước khi trình giám đốc duyệt.

- Bản mô tả công việc được tổ chức thực hiện sau khi được giám đốc phê duyệt.

- Mọi nhân viên phải biết, hiểu rõ và thực hiện những nhiệm vụ được quy định trong bản mô tả nhiệm vụ của mình. Trường hợp nhân viên mới được tuyển hoặc bổ sung tới nhận công tác, điều dưỡng trưởng khoa phải giải thích rõ nhiệm vụ và trách nhiệm đã ghi trong bản mô tả công việc trước khi họ thực hiện nhiệm vụ đó.

- Bản mô tả công việc phải được treo gần nơi nhân viên thực hiện công việc và được quản lý tại phòng Điều dưỡng, phòng Tổ chức cán bộ để kiểm tra và đánh giá việc thực hiện của từng nhân viên.

- Thời hạn thực hiện do Giám đốc bệnh viện quy định. Các khoa phải tổ chức triển khai thực hiện theo quy định của Giám đốc.

7.6. Nội dung bản mô tả công việc

7.6.1. Chức danh công việc

Ghi chức danh viên chức theo đúng quy định của nhà nước. Từ chức danh này sẽ quy định nên nhiệm vụ và các yêu cầu của vị trí.

7.6.2. Thông tin về viên chức

- Họ và tên: Ghi rõ họ và tên người giữ chức danh công việc mô tả.

- Khoa/phòng nơi đang công tác;

- Chức danh: Điều dưỡng trưởng khoa, Điều dưỡng viên...

7.6.3. Mục đích của công việc

Mô tả ngắn gọn những mục đích, nguyên nhân chính yếu về sự tồn tại của vị trí công việc này.

7.6.4. Nhiệm vụ

- Mô tả nhiệm vụ chính cụ thể của công việc một cách ngắn gọn, chính xác, rõ ràng, có trình tự theo tầm quan trọng của từng nhiệm vụ.

- Mỗi công việc chính cần liệt kê thời gian làm việc để thực hiện công việc đó theo tỷ lệ % thời gian làm việc trong tháng. Tổng số thời gian thực hiện các công việc là 100%.

- Ghi rõ các yêu cầu về chất lượng, tiêu chuẩn thực hiện không cần ghi cách thức thực hiện.

- Mỗi công việc mô tả mở đầu bằng động từ hành động

- Đối với các công việc cụ thể không xếp theo nhiệm vụ chính thì ghi rõ mục các nhiệm vụ khác.

7.6.5. Quan hệ tổ chức

Bao gồm các mối quan hệ trong và ngoài đơn vị theo 3 NỘI DUNG dưới sau:

- Cán bộ giám sát là người có quyền hạn và trách nhiệm kiểm tra, giám sát thường là người quản lý trực tiếp.

- Thẩm quyền báo cáo: quy định vị trí có thẩm quyền báo cáo lên cấp nào, thường là cấp quản lý trực tiếp nếu báo cáo lên cấp cao hơn (vượt quyền) phải được ủy quyền của cấp quản lý trực tiếp hoặc đơn vị có quy định từng phạm vi, lĩnh vực được phép báo cáo vượt cấp.

- Mối quan hệ bên ngoài: quy định việc tiếp xúc, quan hệ với bên ngoài theo đặc điểm, tính chất của vị trí công việc nhằm tránh việc lợi dụng làm ảnh hưởng đến uy tín của đơn vị.

7.6.6. Quyền hạn

Mô tả những quyền hạn được thực hiện trong công việc hoặc quyền hạn được quy định tại điều lệ, quyết định...

7.6.7. Các yêu cầu đối với người thực hiện

Mô tả những yêu cầu tối thiểu về khả năng của người thực hiện công việc (trình độ học vấn, số năm kinh nghiệm, kỹ năng yêu cầu...)

7.7. Đánh giá công tác theo bản mô tả công việc

- Thời gian đánh giá: thông thường đánh giá định kỳ hàng tháng, hàng quý hoặc 6 tháng/lần, 1 năm/lần tùy theo cơ quan. Khi bản mô tả công việc được giám đốc bệnh viện phê chuẩn, có nghĩa đây là văn bản pháp lý trong nội bộ bệnh viện và mọi cá nhân và tổ chức trong bệnh viện đó phải thực hiện theo.

- Nội dung đánh giá căn cứ vào nội dung bản mô tả công việc.

- Kết quả đánh giá cần phải được thông báo tới đương sự để họ biết những gì họ cần phải thay đổi, phân đấu để hoàn thành nhiệm vụ.

7.8. Một số lỗi thường gặp trong quá trình soạn thảo bản mô tả công việc

- Chức danh không chuẩn hóa, khó hiểu: Khi tuyển dụng sẽ làm cho người lao động không hình dung được công việc. Do đó, có thể bỏ lỡ cơ hội tìm được ứng viên phù hợp. Điều này dẫn đến lãng phí thời gian và tiền bạc mà lại không tuyển được người như mong muốn.

- Mô tả những việc không làm trong thực tế: Sẽ làm sai lệch giá trị của công việc, dẫn đến thiếu chính xác và công bằng trong trả lương. Do vậy khi soạn thảo, cần đảm bảo rằng đang mô tả đúng với thực tế, không đưa vào những việc mà họ không còn làm ở hiện tại cũng như những việc mà trong tương lai mới thực hiện.

- Mô tả quá chi tiết và/hoặc có quá nhiều thông tin: Không nên tham vọng bản mô tả công việc sẽ thay thế cho mọi hướng dẫn, nội quy, quy định, cam kết... vì sẽ không bao giờ là đủ. Bản mô tả công việc sẽ nhanh chóng bị lỗi thời vì các hướng dẫn, quy định... thì thường xuyên thay đổi. Mặt khác, quá nhiều thông tin trong bản mô tả làm cho người lao động khó xác định được những công việc chủ yếu mà họ phải làm là gì.

Đối với các trách nhiệm công việc chủ yếu, nên tóm ra từ 5 - 7 các nhiệm vụ lớn và với mỗi nhiệm vụ có thể sử dụng từ 2- 3 các đầu công việc nhỏ để diễn giải, làm rõ ý. Các câu không nên dài quá 2 dòng và hãy bắt đầu bằng một động từ.

- Mô tả các kiến thức, kỹ năng... mà người lao động đang có
- Sử dụng những thuật ngữ viết tắt, khó hiểu
- Cho rằng bản mô tả công việc là bất biến và không thay đổi: Là một quan niệm sai lầm của nhiều người quản lý. Nội dung công việc của từng vị trí thay đổi theo sự thay đổi của tổ chức và bản mô tả công việc cần phải phản ánh được những sự thay đổi này. Nên xem xét và điều chỉnh lại bản mô tả công việc.
- Mô tả công việc quá cao và ít người có khả năng đáp ứng
- Mô tả công việc trùng lặp, chồng chéo giữa các vị trí.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn 1 câu trả lời ĐÚNG hoặc ĐÚNG NHẤT cho các câu hỏi bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu tiên câu trả lời được chọn:

Câu 1: Khi nhận thức được sự khác biệt của một vấn đề tức là:

- A. Hiện tại của vấn đề khác với một số chuẩn mực đang hoặc đã có
- B. Sự khác biệt giữa nhận thức và thực tại của vấn đề
- C. Sự khác biệt của vấn đề này với vấn đề khác
- D. Sự khác biệt của vấn đề dưới cách nhìn của những người khác nhau.

Câu 2: Áp lực để giải quyết vấn đề nhiều hay ít tùy thuộc vào:

- A. Tần suất và tầm quan trọng của vấn đề
- B. Tính chất và tầm quan trọng của vấn đề
- C. Sự mong muốn của nhà quản lý
- D. Sự mong muốn của xã hội

Câu 3: Để xác định vấn đề ưu tiên cần giải quyết, chúng ta có thể dựa vào các tiêu chí sau:

- A. Cụ thể, bức xúc, phạm vi ảnh hưởng, khả thi
- B. Cụ thể, tầm quan trọng, khả thi
- C. Phạm vi ảnh hưởng, hậu quả, tính cần thiết
- D. Bức xúc, phạm vi ảnh hưởng, hậu quả, tính cần thiết

Câu 4: Khi phân tích nguyên nhân gốc chúng ta sử dụng kỹ thuật nào sau đây?

- A. Kỹ thuật “5 Why”
- B. Kỹ thuật “Xương cá – Fishbone”
- C. Kỹ thuật SWOT

D. Kỹ thuật động não

Câu 5: Nội dung nào cần trình bày trong báo cáo giám sát – đánh giá việc áp dụng rửa tay nhanh đúng quy trình kỹ thuật của nhân viên y tế?

A. Mức độ hoàn thành

B. Những cản trở đối với những mục tiêu và hoạt động chưa hoàn thành

C. Mức độ hoàn thành, chi phí và những cản trở đối với những mục tiêu chưa hoàn thành

D. Mức độ hoàn thành, chi phí, những cản trở đối với những mục tiêu chưa hoàn thành và đề xuất các hoạt động tiếp theo

Câu 6: Khi trình cơ quan thẩm quyền phê duyệt, một kế hoạch cần có các nội dung:

A. Xác định nhân lực, các hoạt động và nguồn lực cần thiết

B. Xác định các kết quả mong đợi, các hoạt động và nguồn lực cần thiết

C. Xác định thời gian, các hoạt động và nguồn lực cần thiết

D. Xác định vật tư, trang thiết bị cần thiết, các hoạt động và nguồn lực cần thiết.

Câu 7: Khi phân loại kế hoạch theo thời gian thì kế hoạch dài hạn là:

A. Từ 3 năm đến 5 năm

B. Từ 5 năm đến 10 năm

C. Từ 10 năm đến 15 năm

D. Từ 15 năm đến 20 năm

Câu 8: Phương pháp “Xây dựng kế hoạch từ trên xuống” là xây dựng kế hoạch dựa trên:

A. Khung kế hoạch chung của cấp trên

B. Nhu cầu thực tế tại địa phương

C. Hoạt động cụ thể tại cơ sở

D. Điều kiện nguồn lực của cơ sở

Câu 9: Phát biểu đúng về kỹ thuật SWOT trong phân tích hiện trạng để lập kế hoạch:

- A. Điểm mạnh, điểm yếu thường xuất phát từ nội tại trong tổ chức
- B. Điểm mạnh, cơ hội thường xuất phát từ nội tại trong tổ chức
- C. Điểm mạnh, cơ hội thường liên quan tới những nhân tố từ bên ngoài
- D. Điểm mạnh, điểm yếu thường bị ảnh hưởng bởi yếu tố từ bên ngoài

Câu 10: Kỹ thuật sử dụng để đánh giá hiện trạng làm cơ sở cho việc xây dựng kế hoạch là:

- A. Kỹ thuật phân tích SWOT
- B. Kỹ thuật phân tích SWOA
- C. Kỹ thuật phân tích SWOP
- D. Kỹ thuật phân tích SWOW

BÀI 4. KỸ NĂNG LÀM VIỆC NHÓM VÀ TỔ CHỨC CUỘC HỌP

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được khái niệm và vai trò của làm việc nhóm.
2. Trình bày được các kỹ năng làm việc nhóm.
3. Trình bày được kỹ năng tổ chức cuộc họp.
4. Thể hiện được thái độ tích cực, chủ động, cộng tác trong thảo luận nhóm và tham gia tổ chức cuộc họp.

NỘI DUNG

1. Khái niệm về nhóm

Trong xã hội loài người nhóm hình thành rất sớm. Từ thời tiền sử, con người muốn tồn tại cần hình thành các nhóm. Nhóm để chống thú dữ, nhóm để cùng săn bắn, xây dựng chỗ ở chống chọi với thiên nhiên... Từ nhỏ chúng ta đã sống trong gia đình, nhóm bạn bè cùng xóm, cùng lớp học, cùng lứa tuổi... cho đến khi trưởng thành học tập và làm việc chúng ta đã vô tình hay có ý thức tham gia vào rất nhiều nhóm.

Từ đầu thế kỷ 20 đã có nhiều nghiên cứu về nhóm trong sản xuất công nghiệp, ảnh hưởng của nó tới năng suất lao động của từng người và nhóm người cũng như tác động thay đổi hành vi, ứng xử của cá nhân. Những phát hiện của các nhà xã hội học Âu-Mỹ cho thấy nhóm có tác động tích cực và cả tiêu cực đến mọi mặt hoạt động xã hội: giáo dục, sản xuất, nghiên cứu... Do đó mọi người cần được trang bị những kiến thức và kỹ năng về nhóm và làm việc nhóm.

Ngày nay, sống trong xã hội công nghiệp, mỗi cá nhân hoạt động trong một số nhóm. Các tổ chức cũng tìm cách huy động tối đa khả năng làm việc và sáng tạo của các nhóm trong tổ chức của họ. Các nhóm dự án được thành lập nhằm phát huy tối đa năng lực cạnh tranh trong sản xuất, sáng tạo sản phẩm mới, mẫu mã mới. Người ta coi các nhóm làm việc là nhân tố cơ bản làm nên vốn nhân lực trong một tổ chức. Nghiên cứu về nhóm làm việc càng trở nên quan trọng và bức thiết. Những kiến thức và hiểu biết về hoạt động nhóm do đó không những cần cho các nhà hoạt động xã hội, văn hóa,

công tác thanh thiếu niên, các nhà giáo dục, nhân viên các dự án phát triển mà còn rất cần cho mọi người trong các lĩnh vực công nông nghiệp sản xuất ra của cải vật chất.

Như vậy, nhóm là tập hợp nhiều 5 người cùng có chung mục tiêu, thường xuyên tương tác với nhau, mỗi thành viên có vai trò nhiệm vụ rõ ràng và có các quy tắc chung chi phối lẫn nhau.

2. Tầm quan trọng của nhóm làm việc

Làm việc theo nhóm là xu hướng chung của các tổ chức, doanh nghiệp, công ty trên thế giới. Một số đặc điểm sau đây có thể lý giải xu hướng này.

Làm việc theo nhóm tạo điều kiện tăng năng suất và hiệu quả của công việc. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng làm việc theo nhóm năng suất và hiệu quả của mỗi cá nhân cao hơn hẳn năng suất và hiệu quả trung bình của mỗi cá nhân khi làm việc riêng lẻ. Vì trong nhóm, khi làm việc các kỹ năng và kinh nghiệm bổ trợ lẫn nhau.

Làm việc theo nhóm có thể giảm được một số nhân sự, khâu trung gian nên linh hoạt hơn. Vì linh hoạt nên tổ chức dễ thay đổi để đối phó với thay đổi của môi trường, nắm bắt cơ hội và giảm thiểu nguy cơ. Nhóm có thể tạo ra môi trường làm việc mà các kiến thức và kinh nghiệm của các cá nhân bổ trợ cho nhau, các quyết định đưa ra toàn diện và phù hợp hơn.

Nhóm làm việc có đủ khả năng hoàn thành một dự án hoàn chỉnh trong khi mỗi cá nhân chỉ có thể hoàn thành một phần việc. Nhóm có thể tận dụng những gì tốt nhất của mỗi cá nhân trong công tác chuyên môn và cả ngoài chuyên môn. Các thành viên tự rút ra những gì tốt nhất để học hỏi lẫn nhau, cải thiện thái độ và ứng xử của mình. Nhóm làm việc hiệu quả là nhóm hội tụ một số đặc điểm cơ bản như các thành viên hiểu rõ lý do tồn tại của nhóm; các nguyên tắc và quy chế được thảo luận, đồng thuận; thông tin trong nhóm thông đạt; các thành viên hỗ trợ nhau; có những quy tắc kiểm tra, đánh giá, khen thưởng rõ ràng.

Để có những đặc điểm trên nhóm phải giữ giá trị căn bản của nhóm, lấy đó làm định hướng hoạt động của mình chứ không phải là thi hành theo chỉ thị cấp trên. Các nhiệm vụ của cá nhân và nhóm được nêu rõ bằng các mục tiêu (SMART). Nhóm phải phối hợp lẫn nhau, sáng tạo. Tuy nhiên những đặc điểm trên không phải là có ngay mà phải hình thành xây dựng dần dần trong các giai đoạn phát triển của nhóm. Tác động tới

sự làm việc hiệu quả của nhóm là các yếu tố bối cảnh, quy mô nhóm, sự đa dạng của thành viên nhóm, các chuẩn mực nhóm, lãnh đạo...

Làm việc nhóm là một kỹ năng vô cùng quan trọng cần có ở người điều dưỡng. Với kỹ năng này người điều dưỡng biết cách làm việc với đồng nghiệp là điều dưỡng viên, bác sỹ, dược sỹ và các nhân viên y tế khác trong việc thực hiện mục tiêu chung là điều trị và chăm sóc người bệnh một cách hiệu quả và an toàn nhất.

3. Phân loại nhóm

Có thể chia ra thành nhóm chính thức và nhóm không chính thức.

- Nhóm chính thức là nhóm được hình thành xuất phát từ nhu cầu của một tổ chức, trên cơ sở quyết định của tổ chức đó. Các nhóm làm việc trong một cơ quan, tổ chức, nhà máy thường là nhóm “chính thức”. Tuy nhiên vai trò và ảnh hưởng của các nhóm không chính thức cũng rất quan trọng. Các nhóm không chính thức có khi ảnh hưởng rất mạnh đến kết quả hoạt động của các nhóm chính thức.

- Nhóm không chính thức là nhóm hình thành tự nhiên từ nhu cầu của mỗi thành viên của nhóm. Ví dụ như nhóm bạn bè có cùng sở thích, nhóm người có cùng mối quan tâm...

Trong một tổ chức thường tồn tại cả nhóm chính thức và nhóm không chính thức. Thời gian tồn tại của nhóm cũng là một yếu tố quan trọng. Có nhóm tồn tại suốt thời gian tồn tại của tổ chức. Có nhóm tồn tại theo từng dự án. Có nhóm lại chỉ hoạt động trong thời gian ngắn tính bằng phút như các nhóm thực hiện các bài tập, trò chơi trong các buổi tập huấn... Các nhóm dự án là các nhóm làm việc, nó là tập hợp những thành viên có năng lực làm việc bổ trợ cho nhau, cùng cam kết thực hiện mục tiêu chung, gắn với mục đích của tổ chức.

Một trong những yếu tố quan trọng nhất của nhóm là phải có mục tiêu nhóm. Mục tiêu chung (hay mục đích) của nhóm phải cụ thể, rõ ràng. Mục tiêu này phải được các thành viên nhóm hiểu rõ và cùng cam kết thực hiện. Mục tiêu xuyên suốt quá trình hoạt động của nhóm, nhưng cũng có thể điều chỉnh thay đổi để phù hợp môi trường mà nhóm tồn tại. Tuy nhiên mục tiêu từng thành viên, mục tiêu của nhóm phải phù hợp với mục tiêu của tổ chức.

Yếu tố thứ hai của một nhóm là các thành viên phải tương tác, liên hệ, giao tiếp với nhau thường xuyên. Tiếp xúc và tương tác sẽ làm ảnh hưởng lẫn nhau giữa các thành

viên và tác động ảnh hưởng này làm nên động lực phát triển nhóm: có thể tích cực hoặc tiêu cực.

Yếu tố thứ ba là các quy tắc nhóm. Nhóm phải xây dựng được quy tắc, quy định, nội quy của nhóm để sao cho nhóm hoạt động hiệu quả. Đây là những quy tắc chính thức. Trong nhóm còn có những quy tắc ngầm không công bố nhưng cũng có hiệu lực không kém phần quan trọng. Quy tắc ngầm có mặt tích cực và mặt tiêu cực.

Yếu tố cuối cùng là vai trò, trách nhiệm rõ ràng của các thành viên trong nhóm. Nhóm chỉ hoạt động hiệu quả khi các thành viên được biết rõ nhiệm vụ, phù hợp năng lực của mình, không chồng chéo, giẫm đạp lên nhau. Nhóm làm việc được thành lập để giải quyết và thực hiện công việc nào đó có mục tiêu rõ ràng mà một cá nhân không thể hoàn thành. Nếu những công việc đơn giản, có thể giải quyết bởi 1 cá nhân, không đòi hỏi phải phối hợp, không cần phối hợp nhiều kỹ năng thì không cần thiết tới thành lập nhóm.

4. Hoạt động nhóm

4.1. Phát triển nhóm.

Thông thường một nhóm nào đó chính thức hay không chính thức đều trải qua 5 giai đoạn trong quá trình phát triển của nhóm. Các giai đoạn này được mô tả dưới đây.

4.1.1. Giai đoạn 1: Hình thành nhóm.

Giai đoạn này các thành viên nhóm bắt đầu tập hợp lại. Họ mang đến nhóm nhiều điểm khác biệt nhau từ tính cách đến cách làm việc, kiến thức và kỹ năng. Họ cần có thời gian tìm hiểu, thăm dò lẫn nhau để có thể thể hiện vai trò của họ hoặc không thể trong nhóm. Vai trò trưởng nhóm giai đoạn này là thúc đẩy các thành viên cởi mở, giao tiếp với nhau, sau đó cùng phối hợp xây dựng định hướng hoạt động của nhóm hoặc mục tiêu hoạt động nhóm. Nhóm trưởng và các thành viên tìm hiểu các thành viên khác về tính tình, khả năng làm việc, sự tự tin, trách nhiệm và những suy nghĩ đóng góp cho nhóm... Sau đó nhóm quyết tâm xây dựng hoặc hiểu rõ mục tiêu mà nhóm phải hoàn thành. Các mục tiêu được xây dựng bởi nhóm thường được đánh giá bằng các tiêu chí/ chỉ số cụ thể, đo được, được đồng thuận, khả thi và có thời hạn xác định (SMART). Nếu nhóm không xây dựng được mục tiêu hoặc các thành viên không hiểu rõ mục tiêu của nhóm thì nhóm không thể hoàn thành công việc hoặc sớm tan rã.

4.1.2. Giai đoạn 2: Hỗn loạn/ bão táp.

Giai đoạn này xảy ra khi các thành viên xung đột nhau về cách làm việc, công việc phân công và chia sẻ trách nhiệm. Mới hình thành nhóm nên có một số thành viên tỏ ra nổi trội, mất đoàn kết có thể xảy ra. Truyền thông, giao tiếp trong nhóm chưa suôn sẻ, người muốn thống trị, lôi kéo, người thì hững hờ ơ. Trưởng nhóm lúc này phải là người cứng rắn, gương mẫu, gần gũi các thành viên, tránh để xảy ra căng thẳng quá, tổ chức tốt công việc và làm cho công việc bắt đầu có hiệu quả. Làm sao cho các thành viên nhóm hiểu nhau nhiều nhất, hiểu công việc, tránh các thành viên cạnh tranh nhau trở thành đối thủ. Tăng cường giao tiếp trong nhóm. Chuyển các công việc do thành tích cá nhân sang thành tích chung của nhóm.

4.1.3. Giai đoạn 3: Ổn định

Giai đoạn này các thành viên bắt đầu nỗ lực đóng góp vào công việc chung của nhóm. Các thành viên nhóm tin tưởng lẫn nhau, gắn kết với nhau qua công việc. Lãnh đạo nhóm tạo điều kiện để các thành viên hỗ trợ nhau. Bảo đảm các kênh thông tin trong nhóm thông suốt, xây dựng được cơ chế phản hồi tích cực. Thành viên tin tưởng lẫn nhau, cùng gắn kết bởi mục tiêu chung. Nhóm viên lắng nghe ý kiến lẫn nhau.

4.1.4. Giai đoạn 4: Hoạt động.

Sau giai đoạn ổn định là giai đoạn hoạt động hiệu quả. Đặc trưng giai đoạn này là các thành viên hoàn toàn hòa hợp nhau, tạo ra năng suất làm việc cao, mọi tiềm năng của cá nhân và tập thể nhóm được phát huy, vấn đề được giải quyết hiệu quả, các mâu thuẫn không còn xảy ra. Tuy nhiên không phải là đã loại bỏ hết xung đột, vì xung đột lúc nào cũng thường trực tác động đến bất cứ nhóm nào ở bất cứ giai đoạn nào. Các thành viên phải tự hoàn thiện mình trong nhóm, thích ứng với thay đổi, chấp nhận sự khác biệt, hướng mục tiêu chung, tham gia vào việc quản lý chung.

4.1.5. Giai đoạn 5: Kết thúc (hay tan rã).

Giai đoạn này các thành viên đã hoàn thành mục tiêu chung (hoặc không hoàn thành mục tiêu nào cả). Các thành viên ít phụ thuộc vào nhau. Nhiệm vụ hoàn thành thì nhóm sẽ kết thúc vai trò (các nhóm nghiên cứu, nhóm dự án thường kết thúc như vậy), xây dựng hoặc tập hợp thành các nhóm mới với mục tiêu mới. Hoạt động của nhóm thường được giám sát và đánh giá để rút kinh nghiệm và bài học cho các nhóm khác, dự án khác.

4.2. Hoạt động nhóm

Nhóm là tập hợp nhiều người do đó luôn có những thành viên mới với thành viên cũ, có quen nhau từ trước hoặc hoàn toàn chưa quen nhau. Người trưởng nhóm luôn phải giải quyết nhiều vấn đề về đoàn kết, tranh chấp, xung đột, ra quyết định, hài hòa các chức năng của nhóm. Các thành viên cũng cần hiểu rõ cá động thái của nhóm để xây dựng nhóm làm việc. Nhóm muốn vận hành hiệu quả thì cần làm tốt các hoạt động sau:

- Hội nhập thành viên mới vào nhóm. Khó khăn luôn xảy ra khi nhóm mới thành lập hoặc có thêm thành viên mới nhập vào nhóm. Thành viên mới cũng phải tự mình giải quyết vấn đề hội nhập. Các thành viên mới có thể thuộc một trong ba dạng chính như người thích tranh cãi, người tốt bụng hoặc người có lý, ba dạng này đều gây khó khăn cho quá trình hội nhập. Người thích tranh cãi hay phản ứng lại mọi vấn đề, muốn khẳng định sự nổi trội của mình trong nhóm. Người tốt bụng thì có thái độ phụ thuộc người khác, luôn muốn tìm phe nhóm để dựa, sợ hãi những điều bất ngờ, nhu cầu an toàn cao. Người có lý thì lo lắng về nhu cầu cá nhân của mình trong nhóm, bướng bỉnh khi hòa hợp nhu cầu cá nhân và định hướng của nhóm.

- Lãnh đạo nhóm liên quan đến nhiệm vụ và các mối quan hệ. Để đạt được năng suất trong làm việc nhóm thì phải thỏa mãn hai nhu cầu: nhu cầu liên quan đến nhiệm vụ và nhu cầu liên quan đến các mối quan hệ. Hai nhu cầu này toàn thể thành viên nhóm và lãnh đạo nhóm phải cùng phấn đấu để thỏa mãn. Các công việc gồm nêu ra tất cả các ý kiến, tìm kiếm thông tin, làm sáng tỏ các nhiệm vụ, làm rõ và tóm tắt nội dung các cuộc họp nhóm, thảo luận nhóm, khuyến khích các thành viên, dung hòa sự khác biệt, tăng cường giao tiếp, khuyến khích tham gia, tránh các thái độ gây rối...

- Vai trò trong nhóm và sự vận động. Trong nhóm làm việc các thành viên luôn có một vai trò và muốn người khác cũng có vai trò rõ ràng. Nếu vai trò không rõ thì sẽ dễ gây hiểu lầm, mất đoàn kết ảnh hưởng đến năng suất chung. Các thành viên cũng mong muốn được biết người khác chờ đợi gì ở cá nhân đó. Không nên để vai trò của người này quá nhiều (quá tải) và người khác thì quá ít. Xung đột về vai trò có thể xảy ra bởi cá nhân với cá nhân, bởi cá nhân với tập thể, bởi chính cá nhân với vai trò của anh ta.

- Các chuẩn mực và quy định của nhóm. Đây là các quy chế, quy tắc mà nhóm tự đề ra để các thành viên theo đó mà thực hiện. Các chuẩn mực của nhóm rất quan trọng, nó cho phép các thành viên trong nhóm nhận các thông tin phản hồi tích cực. Các chuẩn mực được xây dựng có sự tham gia sao cho mục tiêu của nhóm được thực hiện một cách tốt nhất.

- Sự gắn kết trong nhóm. Sự gắn kết trong nhóm làm cho nhóm hoạt động hiệu quả và bền vững. Các thành viên càng tự hào về mình được tham gia nhóm thì sự gắn kết trong nhóm càng cao. Như vậy các thành viên cũng như trưởng nhóm phải làm sao cho nhóm đáng tự hào về các công việc làm. Trưởng nhóm và các thành viên cần phấn đấu để có sự gắn kết trong nhóm cao và sự tuân theo chuẩn mực của nhóm cũng cao, để hình thành nhóm lý tưởng, có hiệu suất làm việc cao.

4.3. Thông tin trong nhóm

Thông tin trong nhóm rất quan trọng, nó như là các mạch máu nuôi dưỡng cơ thể nhóm. Thông tin rõ ràng, chính xác thì mọi người sẽ hiểu nhau và hiểu nhiệm vụ để hợp tác với nhau. Thông tin có nguồn phát ra và có nơi tiếp nhận qua một kênh truyền nào đó, rồi lại phản hồi lại nơi phát thông tin. Cơ chế này phải thông suốt trong nhóm. Quá trình thông tin luôn tiếp diễn không ngừng. Trong nhóm thì thông tin xảy ra giữa cá nhân mỗi thành viên với nhóm trưởng và ngược lại, các thành viên với nhau và ngược lại. Thông tin được truyền bởi các kênh truyền thông tin. Các kênh này như nói, viết, ngôn ngữ cơ thể (động tác tay, chân, nét mặt...) Khi thông tin thì có những rào cản của thông tin. Các rào cản này làm hạn chế hoặc triệt tiêu thông tin mà mọi thành viên muốn gửi cho nhau và muốn nhận được. Do đó muốn nhận thông tin tốt thì chúng ta phải rèn các kỹ năng truyền thông tin và nhận thông tin. Các kỹ năng này sẽ đề cập đến trong phần “kỹ năng giao tiếp”.

4.4. Thảo luận và ra quyết định trong nhóm

Nhóm là một tập thể làm việc để đạt được mục tiêu. Rất nhiều công việc cần phải được cùng bàn bạc, thảo luận và cuối cùng là ra quyết định. Cho nên đi tới quyết định cuối cùng là nhiệm vụ rất quan trọng của nhóm. Quá trình ra quyết định có sự tham gia có những đặc trưng riêng mà mỗi cá nhân trong nhóm cần phải hiểu để làm.

Để ra quyết định có thể theo một số cách sau:

- Ra quyết định theo kiểu thờ ơ: một người nào đó đưa ra ý tưởng, các thành viên khác không quan tâm và do đó quyết định được nhanh chóng thông qua. Theo kiểu này một số ý tưởng hay khác không được phân tích và bị bỏ qua.

- Ra quyết định từ trên xuống: Theo kiểu này người lãnh đạo nhóm hay cấp cao hơn chỉ cần phổ biến, thông báo, nhân danh cả nhóm thông qua mà không qua thảo luận. Ra quyết định kiểu này nhanh chóng nhưng cũng như kiểu trên có thể nhiều ý kiến hay khác bị bỏ qua. Nó trở nên xấu nếu người ra quyết định có quá ít thông tin, chủ quan và độc đoán. Khi thực hiện quyết định sẽ xảy ra vấn đề khác không lường trước.

- Ra quyết định theo kiểu thiểu số: Cách này một hoặc một vài cá nhân gợi ý rồi thúc giục, ép mọi người theo ý kiến mình. Khuyết điểm của cách này một số ý tưởng hay khác không được phân tích và bị bỏ qua.

- Ra quyết định theo nguyên tắc đa số: Theo cách này mang danh dân chủ qua bỏ phiếu hoặc giơ tay tán thành lấy số đông. Quyết định sẽ thông qua nhưng không phải tất cả các thành viên đều hài lòng. Một số không hài lòng sẽ làm ảnh hưởng đến chất lượng, hiệu suất công việc. Nguy cơ trong nhóm sẽ kéo bè cánh để lấy phiếu áp đảo cho quyền lợi của một nhóm nào đó.

- Ra quyết định theo nguyên tắc đồng thuận: cách này chỉ ra quyết định khi đã thảo luận kỹ mọi ý tưởng, không bỏ qua ý kiến nào kể cả các ý kiến trái ngược. Quyết định được ra khi có đa số tán thành nhưng thiểu số khác cũng được nghe, được phân tích và có ý kiến của mình. Kiểu ra quyết định này mất nhiều thời gian nhưng sẽ tiến tới dần sự đồng thuận hoàn toàn – là lý tưởng đối với tiến trình ra quyết định. Để ra quyết định các thành viên cần được biết những khó khăn và thuận lợi khi ra quyết định, nhất là quyết định có sự đồng thuận, có sự tham gia. Những thuận lợi ở đây có thể là nhóm có nhiều hiểu biết, có nhiều lựa chọn hơn một người. Nhóm một khi đồng thuận thì có động lực cùng thực hiện quyết định. Khó khăn là có một số thành viên như bị bắt phải đồng ý, phải theo một ý tưởng, có thể có bè phái và áp đặt ý tưởng của các nhóm nhỏ,

thảo luận nhiều thì chậm ra quyết định và có thể mất cơ hội. Nhóm cũng cần phải tránh kiểu “tư duy nhóm” nghĩa là đoàn kết quá thiếu dần tư duy phê phán. Tham gia trong nhóm lâu nên các thành viên gắn kết, không còn sẵn sàng phê phán ý tưởng của thành viên khác. Cần phát hiện sớm tư duy nhóm và có biện pháp phòng trừ. Để ra quyết định các thành viên và nhất là nhóm trưởng cần có các kỹ năng phát huy ý tưởng các thành viên khi thảo luận, bàn bạc và ra quyết định. Các kỹ năng này như phương pháp động não, cây vấn đề, phương pháp Delphi (dùng bảng hỏi gửi trước), thảo luận nhóm, đóng vai chấu cá...

5. Điều hành nhóm

5.1. Vai trò các thành viên trong nhóm

Các thành viên nhóm thường có vai trò nhất định, được phân công hoặc nhận những nhiệm vụ cụ thể. Nhóm chính thức có trưởng phó nhóm, thư ký, hậu cần... Nhóm không chính thức cũng có thể có các vai trò đó.

Trưởng nhóm giữ vai trò người tổ chức, người thực hiện và người điều hành. Trưởng nhóm phải lo bố trí các cuộc họp từ buổi gặp mặt đầu tiên đến khi nhóm tan rã. Việc tổ chức cuộc họp bàn kế hoạch sao cho có sự tham gia bình đẳng giữa các thành viên là kỹ năng cần có của trưởng nhóm. Lập kế hoạch và phân công công việc cho các thành viên cũng là nghệ thuật của trưởng nhóm. Tất cả các giai đoạn hoạt động của nhóm, người nhóm trưởng phải nắm vững và điều hành cho tốt. Các kỹ năng điều hành hoạt động nhóm đã có rất nhiều sách viết và có những lớp tập huấn kỹ càng. Nhưng quan trọng nhất là trưởng nhóm phải là người có các kỹ năng truyền thông và thúc đẩy và càng có nhiều trải nghiệm càng tốt (xem phần Kỹ năng giao tiếp). Các kỹ năng này được xây dựng dựa trên nền tảng của 4 thái độ: cảm thông, tôn trọng, quan tâm và tin tưởng vào tiềm năng nhóm. Tóm lại trưởng nhóm phải là người có trách nhiệm với công việc của nhóm, với từng thành viên của nhóm và với cả nhóm nói chung. Ngoài ra khi đề cập đến vai trò thành viên còn lại trong nhóm người ta thường phân các thành viên thành các “kiểu vai trò” hỗ trợ hay cản trở các hoạt động của nhóm. Có ba loại vai trò như vậy. Loại thứ nhất là các thành viên hỗ trợ cho việc hoàn thành công việc như người khởi xướng, người làm sáng tỏ, người thực hiện, người thông tin, người đóng góp. Loại thứ hai là các thành viên củng cố nhóm như người khuyến khích, người giữ cửa, người quan sát, người đề xuất và củng cố quy tắc, người đùa vui. Nhóm thứ ba là nhóm những người

tiêu cực như người gây hấn, người phụ thuộc, người thống trị, người đùa dai, người lè phè, người phá đám... Hai nhóm đầu là nhóm tích cực. Khi có những hành vi tiêu cực cần đưa quy tắc, quy chế của nhóm ra để các thành viên tự giác tuân theo.

5.2. Phong cách điều hành hoạt động nhóm

Đây là nói về phong cách của người điều hành nhóm hay trưởng nhóm. Các phong cách này thường thấy ở các nhóm chính thức.

5.2.1. Phong cách chuyên quyền.

Trưởng nhóm đưa ra mục đích công việc, quyết định phương thức làm việc, phân công nhiệm vụ, thông tin chủ yếu từ trên xuống. Phong cách này cả nhóm bị động theo dẫn dắt của trưởng nhóm, các thành viên độc lập với trưởng nhóm, đôi khi âm thầm chống lại trưởng nhóm. Phong cách này dễ gây ra cá nhân chủ nghĩa, ganh đua, ngờ vực lẫn nhau nhưng có ưu điểm là đôi khi nhóm nhanh triển khai công việc và đạt mục tiêu, có hiệu quả.

5.2.2. Phong cách tự do

Trưởng nhóm không đưa ra quyết định, để nhóm tự do tổ chức giải quyết các công việc. Nhóm có thể tự tổ chức thành công hoặc sinh ra những thủ lĩnh tự phát, làm giảm uy tín của trưởng nhóm. Phong cách này cũng dễ dẫn tới thất bại vì nhóm không có khả năng tự tổ chức, người chăm, người lười sinh xung đột giữa các thành viên.

5.2.3. Phong cách cộng tác

Người trưởng nhóm là người chỉ huy đề xuất các phương án khác nhau để nhóm bàn bạc, lựa chọn. Trưởng nhóm phân công nhiệm vụ khi được bàn bạc thống nhất. Hoạt động nhóm theo cách tiếp cận có sự tham gia, có sự hợp tác của mọi thành viên. Phong cách này có nhược điểm là mất nhiều thời gian cho thảo luận, bàn bạc. Nếu cần giải quyết gấp rút công việc thì không phù hợp. Nhưng phong cách này có sự hài lòng của các thành viên và đa số trường hợp mang lại tính hiệu quả của công việc.

6. Kỹ năng làm việc nhóm

6.1. Giải quyết các xung đột

Kỹ năng quản lý nhóm quan trọng nhất là kỹ năng quản lý xung đột, mâu thuẫn do nhóm được tạo nên bởi nhiều người có tư tưởng, quan điểm, văn hóa, nguồn gốc xã hội, cách làm việc... khác nhau.

Xung đột là sự bất đồng xảy ra giữa cá nhân với cá nhân trong nhóm, giữa các

nhóm trong một tổ chức do khác biệt về nhu cầu, giá trị, mục đích hay cạnh tranh về quyền lợi, tài nguyên, quyền lực hay bất đồng về vai trò, nhiệm vụ, trách nhiệm. Xung đột có thể là yếu tố phá hoại nhưng cũng có thể là yếu tố xây dựng đối với hiệu quả làm việc của nhóm.

Xung đột nếu lôi kéo mọi người tham gia vào giải quyết vấn đề và đưa tới giải pháp cho vấn đề thì mang tính tích cực. Nếu xung đột làm chệch hướng mục tiêu, phá hỏng hoạt động nhóm, chia rẽ thành viên thì mang tính tiêu cực, cần phát hiện và loại bỏ sớm. Hiểu biết về xung đột để các nhóm, các thành viên có thể quản lý và giải quyết xung đột sao cho có lợi cho hoạt động của nhóm.

Để làm được việc quản lý xung đột một số lời khuyên sau đây cần được áp dụng:

- Nhóm cần giải quyết xung đột nhỏ trước khi trở thành lớn.
- Tăng cường giao tiếp trong nhóm, nhóm cần tìm ra những nguyên nhân thực sự trước khi đi kiếm tìm giải pháp.

- Linh hoạt tìm những giải pháp khác nhau cho cùng một nguyên nhân.
- Công bằng và minh bạch trong giải pháp.
- Tìm giải pháp giải quyết vấn đề xung đột chứ không tìm giải pháp chống lại nhau.

- Mọi thành viên cần có thái độ tôn trọng nhau, thông cảm thực sự với nhau. Muốn người khác xem xét vấn đề của mình thì mình cần xem xét vấn đề của người khác trước họ. Nhìn thẳng vào vấn đề, nói ra, tránh im lặng ngấm ngầm.

- Quản lý xung đột chứ không đàn áp xung đột hay tiêu diệt xung đột, là một nghệ thuật để củng cố hợp tác giữa các thành viên trong nhóm. Người ta chia ra năm cách ứng phó với xung đột:

- + Cách thứ nhất là cứng rắn, áp đảo (kiểu cá mập). Cách này một bên luôn áp đảo bên kia, đặt quyền lợi của mình hay nhóm mình trước quyền lợi của nhóm khác. Nhóm này phải thắng trong tranh chấp. Như vậy sẽ đặt mối quan hệ các bên vào tình trạng nguy hiểm, tạo thù địch, có kẻ thắng, người thua. Nó cũng có mặt tích cực là có thể tạo thay đổi hay dẫn đến tiến bộ.

- + Cách thứ hai là né tránh (kiểu con rùa). Đây là cách khi gặp xung đột thì né tránh sự va chạm, sợ đối đầu với mâu thuẫn, không quan tâm đến nhu cầu của các bên, thua cũng không sao. Cách này dễ tạo ra kết quả các bên cùng thua.

+ Cách thứ ba là nhường nhịn, xoa dịu (gấu bông). Cách này quan tâm đến giữa các mối quan hệ chứ không cần quan tâm đến kết quả quyền lợi. Vì vậy loại người giải quyết xung đột theo kiểu này có thể hy sinh quyền lợi của mình nhưng giữa được mối quan hệ thân thiện với mọi người khác nhóm khác là được.

+ Cách thứ tư là cách thỏa hiệp (con chồn). Mỗi bên có thể phải hy sinh một chút quyền lợi để đạt được một số quyền lợi khác. Họ cùng nhau tìm những giải pháp trung hòa để đôi bên cùng có một phần lợi ích. Có thể tạo ra kết quả cùng thắng hoặc cùng thua thiệt.

+ Cách cuối cùng là hợp tác (chim cú). Cách này coi trọng cả mục đích và mối quan hệ. Các bên hợp tác với nhau tìm ra giải pháp tốt nhất cho cả đôi bên, chú trọng sự đồng thuận. Tất cả các bên phải cùng theo đuổi tìm kiếm giải pháp tốt cho các bên chứ không chỉ cho một bên. Cách này tạo ra được kết quả cả hai bên đều thắng. Nên nhớ rằng trong nhóm bao giờ cũng có các thành viên muốn giải quyết xung đột theo một trong 5 cách nói trên.

Muốn quản lý tốt xung đột người ta thường đi theo 4 bước.

- Bước 1: Nhìn nhận ra xung đột, coi nó là vấn đề cần được giải quyết, xác định rõ nội dung chi tiết của xung đột, không quy kết, dán nhãn, tố cáo.

- Bước 2: Mọi người lắng nghe nhau, sẵn sàng thay đổi quan điểm của chính mình, phát hiện những khác biệt giữa hai bên. Sẵn sàng hợp tác, xây dựng vì mục đích chung.

- Bước 3: Tìm hiểu hoàn cảnh và điều kiện của người có xung đột với mình để hiểu quan điểm của họ

- Bước 4: Cố gắng tiến dần tới sự thỏa thuận giữa hai bên. Nhóm trưởng (lãnh đạo nhóm) cần khách quan, công bằng, vì mục đích chung. Cách giải quyết phải linh hoạt, nhẹ nhàng với cả hai bên, dựa vào các thành viên tích cực để quản lý và giải quyết mâu thuẫn.

6.2. Hợp nhóm

Đặc điểm của sinh hoạt loài người là nhóm hợp, tập trung lại làm việc gì đó, bàn bạc, hỏi han, hội hè, vui chơi, học tập... Nhiều khi người ta lạm dụng hội họp để lãng phí biết bao thời gian, tiền bạc. Nhưng con người vẫn phải hợp nhóm cho dù ngày nay có thể có các cuộc họp ảo (thông qua các phần mềm hội họp), nhưng họp gặp mặt nhau

vẫn là hình thức phổ biến và có nhiều mặt tích cực. Vấn đề là họp để làm gì, tiến hành như thế nào.

Để tránh lãng phí thì cần có tổ chức cuộc họp sao cho hiệu quả. Trước khi triệu tập họp cần xem xét họp có phải là hình thức tốt nhất trong trường hợp này không hay có thể có hình thức nào tốt hơn. Có thể thay thế một cuộc họp bằng gửi tài liệu phát tay, viết thông báo trên bảng, gửi Email, gọi điện thoại... hay không?

Kỹ năng tổ chức một cuộc họp phù hợp cũng là một yếu tố quyết định đến sự thành bại của cuộc họp vì các cuộc họp có mục tiêu khác nhau: để thông tin, để thuyết phục, để thu thập ý kiến, để ra quyết định... Thông thường một cuộc họp nhóm, dù quy mô lớn nhỏ thế nào, người trưởng nhóm điều hành (hoặc người thay thế trưởng nhóm để điều hành) cũng phải vận dụng các kỹ năng điều hành cuộc họp. Dưới đây sẽ trình bày về một số kỹ năng đó.

- Trước tiên là bước chuẩn bị họp nhóm. Bước này người điều hành xem xét trước xem chủ đề cuộc họp, mục tiêu và nội dung cuộc họp có rõ ràng không, thành viên cần tham gia là ai. Lập kế hoạch điều hành cuộc họp, các kế hoạch sử dụng công cụ trực quan (bảng biểu, tài liệu, máy chiếu...). Các kế hoạch về thời gian, địa điểm, phòng ốc, hậu cần, giấy mời, thông báo... ai chuẩn bị và chuẩn bị đến đâu. Trước ngày họp nên chuẩn bị sức khỏe, tinh thần, làm quen phương tiện, phòng họp...

- Bước tiếp theo là bắt đầu cuộc họp. Bước này cần làm những việc như làm quen các thành viên, tạo không khí thân thiện, thống nhất khung chương trình làm việc, chỉnh sửa mục tiêu cuộc họp nếu cần, thống nhất cách làm việc.

- Bước thứ ba là đưa ra từng chủ đề, phân tích từng chủ đề. Đây là bước quan trọng nhất của một cuộc họp. Các thành viên được thảo luận, tham gia ý kiến để cuối cùng ra quyết định của nhóm, các quyết định này phù hợp với mục tiêu cuộc họp.

- Bước thứ tư là lập kế hoạch hành động. Ở bước này toàn nhóm lập ra một kế hoạch sau cuộc họp được các thành viên nhất trí chấp thuận. Kế hoạch này thường bao gồm: công việc gì cần làm, ai làm, làm như thế nào, kết quả mong muốn, thời gian, cần điều kiện, hỗ trợ gì... Nếu cuộc họp mà không có kế hoạch hành động, hay nói cách khác nếu sau cuộc họp mà các thành viên thấy không phải làm gì thì là cuộc họp không hiệu quả hay không nên họp. Bước cuối cùng là bế mạc cuộc họp. Các cuộc họp nhóm nên dành thời gian đánh giá, suy ngẫm về tiến trình họp, kết quả cuộc họp, các vấn đề còn

bỏ sót, các vấn đề gác lại để cuộc họp sau, kết quả cuộc họp đã tài liệu hóa chưa, các thành viên sẽ nhận kết quả này như thế nào, cuộc họp thành công đến mức nào qua đánh giá nhanh. Để tiến hành tốt năm bước này người điều hành thường sử dụng các công cụ như: thảo luận nhóm nhỏ, cây vấn đề, lập kế hoạch theo khung logic, động não, bản đồ tư duy, chấu cá, đóng vai, tranh luận... mà một số kỹ năng này sẽ trình bày ngắn gọn sau đây.

6.3. Một số công cụ điều hành họp nhóm

6.3.1. Kỹ thuật động não

Động não là kỹ thuật nhận ý tưởng của các thành viên. Nguyên tắc là càng nhiều ý tưởng nhận được càng tốt, do đó người điều hành cần tạo ra môi trường để nhận ý tưởng. Để làm tốt kỹ thuật này có các thẻ màu (kích thước 1/3 kích thước tờ giấy A4) để viết các ý tưởng. Phát các tờ giấy màu cho từng thành viên đề nghị họ viết ngắn gọn mỗi ý tưởng của họ vào một thẻ màu đó rồi dùng băng dính (loại giấy xé) dán các thẻ này lên. Sau đó có thể cho các thành viên gom nhóm, phân loại các ý tưởng, rồi thảo luận lựa chọn ưu tiên ý tưởng. Nếu không có thẻ màu có thể dùng giấy A0 cử thành viên viết ý tưởng trên đó mỗi khi có thành viên phát biểu. Chú ý kỹ thuật này coi trọng số lượng các ý tưởng hơn chất lượng, không phê phán, bình luận, chấp nhận mọi ý tưởng có thể lạ lùng, trái chiều.

6.3.2. Sử dụng cây vấn đề

Từ vấn đề chính cần thảo luận người điều hành vẽ nó như thân của một cây. Sau đó đặt các câu hỏi tại sao để tìm các nguyên nhân chính đặt vào phía dưới như các rễ chính của cây, có thể đặt thêm câu hỏi tại sao vào các nguyên nhân chính tạo ra các rễ cây cấp hai... và có thể tiếp tục. Phần cành cây là các nhánh chính trả lời cho câu hỏi kết quả thế nào. Cũng như các “rễ cây”, các cành nhánh của cây cũng có cành bậc hai khi đặt câu hỏi tiếp kết quả ra sao cho các nhánh kết quả chính. Cả nhóm sẽ xây dựng được một hình tượng cái cây mà thân cây là vấn đề, rễ cây là các nguyên nhân và cành cây là các kết quả.

6.3.3. Sử dụng bản đồ tư duy (mind map)

Công cụ này xuất phát từ một vấn đề chính coi như một nhánh, đi phân tích tiếp mỗi liên hệ với các vấn đề khác chi tiết hơn, rồi lại phân tích tiếp các vấn đề chi tiết hơn, cứ như vậy cho đến ý kiến chi tiết, cụ thể. Hình vẽ thể hiện như một dây thần kinh từ nhánh lớn đến nhánh nhỏ và tới các nhánh nhỏ nhất.

6.3.4. Sử dụng khung logic

Khung này là một ma trận dạng bảng gồm 4 cột và 4 hàng. Bốn cột từ trái sang phải gồm có cột các nội dung, chỉ báo, nguồn chứng minh, điều kiện (hay giả định). Bốn hàng từ trên xuống dưới gồm mục đích, mục tiêu, kết quả mong đợi, các hoạt động. Dựa trên ma trận này mà nhóm thảo luận và kết quả được đưa vào từng ô của ma trận.

6.3.5. Kỹ thuật sử dụng chấu cá

Chấu cá là dạng thảo luận nhóm có đóng vai. Một nhóm 4 đến 5 thành viên ngồi ở giữa thảo luận về một vấn đề nào đó. Có một thành viên đóng vai người thúc đẩy cuộc họp nhóm. Có để một ghế trống để người ngoài khi muốn tham gia tranh luận thì ngồi vào đó, phát biểu xong thì phải đi ra để ghế trống cho cơ hội tham gia của người khác. Các thành viên còn lại ngồi xung quanh để nghe nhóm trong thảo luận và khi muốn tham gia thì phải ngồi vào ghế trống phía trong. Người thúc đẩy cuối buổi thảo luận phải tổng kết và tóm tắt những điều đã thảo luận và nhất trí của nhóm. Một số kỹ năng khác sẽ được trình bày ở phần “kỹ năng giao tiếp”.

6.4. Cải thiện bản thân trong nhóm làm việc

Trong một nhóm, như đã trình bày ở trên, thường là tập hợp những thành viên có khác biệt trong cách giao tiếp, ngôn ngữ, quan điểm, suy nghĩ, cách ra quyết định, khác cấp bậc, nhiệm vụ và quyền hạn..., nói tóm lại là khác biệt về văn hóa. Mọi người có khó khăn làm việc trong nhóm như vậy. Để cải thiện bản thân trong nhóm đa văn hóa, mỗi người cần nắm phương châm: hãy đối xử với thành viên khác như cách mà mình muốn người khác đối xử với mình.

Để làm tốt, thứ nhất trong nhóm các thành viên luôn luôn cần học hỏi các nền văn hóa khác. Làm như vậy để có thể hiểu được nhiều nhất các thành viên khác nghĩ gì và hành động như thế nào qua giao tiếp cá nhân – cá nhân. Để học hỏi cần đọc sách báo về các nền văn hóa, tìm hiểu về lịch sử, tôn giáo, giá trị, phong tục của nơi các thành viên khác xuất xứ.

Thứ hai, mọi người phải cải thiện kỹ năng viết, một kênh giao tiếp quan trọng. Viết sao cho rõ ràng, ngắn gọn, tránh sử dụng thành ngữ, tiếng lóng... Làm sao cho người đọc hiểu thông điệp mình muốn gửi đến họ như mình hiểu.

Thứ ba cải thiện kỹ năng nói. Vì họp và gặp nhau mặt giáp mặt là hoạt động thường xuyên của nhóm nên kỹ năng nói với nhau là rất quan trọng. Luyện sao cho trường độ, cao độ, âm lượng và âm vực tiếng nói của bạn là rõ ràng, dễ hiểu với người nghe. Ngoài ra khi nói, kết hợp với ngôn ngữ không lời (động tác tay, chân, nét mặt...) phù hợp với ngữ cảnh gây ấn tượng với người nghe.

Thứ tư là phải cải thiện kỹ năng nghe. Lắng nghe người khác là biểu thị tôn trọng họ. Các kỹ năng này sẽ được trình bày kỹ hơn trong phần kỹ năng giao tiếp.

Có thể tóm tắt những phương châm xây dựng bản thân để hoạt động trong nhóm như trong bảng sau:

Đối với bản thân	Đối với người khác
-Nói lên điều mình nghĩ	-Hãy khoan dung
-Có tư duy tích cực	-Hãy cố gắng hiểu họ
-Hãy là chính mình	-Hãy phê phán hành vi, không phê phán vào con người
-Giữ bí mật những điều riêng tư	-Hãy luôn dựa trên sự kiện khách quan
-Có thái độ cởi mở	-Làm chủ thái độ của bạn
-Luôn sẵn sàng giúp đỡ người khác	-Hãy là người hiểu biết
-Biết ngưng đúng lúc	-Biết cảm thông
	-Hãy tập thương yêu người khó gần
	-Hãy cố tìm cái tốt nơi họ
	-Đừng đòi hỏi sự hoàn hảo

7. Kỹ năng tổ chức cuộc họp

Họp là một hình thức trao đổi thông tin có trật tự, nhằm tăng cường hiểu biết, thống nhất ý chí và hành động giữa các thành viên trong nhóm.

Trong công tác quản lý, người Điều dưỡng trưởng (ĐDT) phải tổ chức và chủ trì nhiều cuộc họp để tổ chức và điều hành công tác chăm sóc người bệnh. Nếu họp không thường xuyên sẽ dẫn đến sự thông tin không đầy đủ và làm cho công tác quản lý kém

hiệu quả hoặc thất bại do không thống nhất được ý chí và hành động của mọi cá nhân trong tổ chức. Trái lại nếu tổ chức cuộc họp tốt cuộc họp đều đặn nhưng không chuẩn bị nội dung kỹ lưỡng sẽ làm lãng phí thời gian của những người tham dự, hiệu quả kém. Vì vậy ĐDT cần phải rèn luyện kỹ năng trong việc tổ chức và điều hành các cuộc họp.

7.1. Mục đích cuộc họp

- Cung cấp hoặc thông báo thông tin.
- Trao đổi thông tin, ý kiến giữa các nghề nghiệp khác nhau của các thành viên trong khoa, giữa các lĩnh vực lâm sàng khác nhau.
- Giải quyết các vấn đề cần thiết.
- Đưa ra quyết định về những vấn đề quan trọng mà ở đó các thành viên tham gia phải đi đến nhất trí (thống nhất)
- Thảo luận về công tác chăm sóc.
- Một số cuộc họp thường được tổ chức trong công tác điều dưỡng: Họp giao ban hàng ngày, họp điều dưỡng của khoa, họp các ĐDT khoa trong khối, họp ĐDT toàn bệnh viện, họp DD - hộ lý toàn viện, họp Hội đồng người bệnh hàng tuần, hàng tháng, họp bàn công tác vệ sinh bệnh phòng, họp bàn kế hoạch chăm sóc người bệnh nặng.

7.2. Cách tổ chức một cuộc họp

Dù mục đích và nội dung các cuộc họp có khác nhau, nhưng mỗi một cuộc họp đều có thể chia thành 3 phần chính: Chuẩn bị, tiến hành và kết thúc cuộc họp.

7.2.1. Chuẩn bị cho một cuộc họp

Người chủ trì cuộc họp cần phải chuẩn bị các vấn đề sau đây:

- Mục đích của cuộc họp: Chương trình họp cần phải xác định rõ mục đích họp, hy vọng đạt cái gì. Một số cuộc họp được triệu tập để truyền đạt các thông tin, một số cuộc họp khác thì để trao đổi quan niệm và ý kiến của một số cuộc họp lại để quyết định về các kế hoạch hoặc các hoạt động.
- Nội dung cuộc họp gồm các vấn đề gì? Các nội dung này cần được thông báo trước cho mọi thành viên để mọi người suy nghĩ, khi đến họp có ý kiến tham gia, nhất là những vấn đề cần tham khảo số liệu. Muốn cuộc họp có ích thì mỗi người có mặt cần phải có càng nhiều thông tin về chủ đề sẽ được bàn bạc. Các dữ kiện, các nguyên lý hay ý kiến cần thiết để làm cơ sở cho việc thảo luận cũng phải được cung cấp trước cuộc họp có thể bằng sách hoặc bằng văn bản hoặc qua mail...

- Thành phần họp là những ai? Số lượng bao nhiêu người? Quy mô cuộc họp có tác dụng quyết định cuộc thảo luận ra sao, mọi người đều bàn bạc hay không, có dễ đi đến quyết định hay không, hay phải biểu quyết. Một quy tắc chung là thảo luận hoặc học tập nhóm không nên quá đông người. Các cuộc họp lớn chỉ nên để truyền đạt thông tin và trao đổi quan điểm hơn là để thảo luận hoặc ra quyết định.

- Dự kiến người điều khiển, dự kiến thư ký (người có khả năng ghi chép).

- Thời điểm nào thích hợp cho mọi người, thời gian họp, địa điểm họp: Chọn nơi họp cần tránh cho đa số người phải đi xa. Chọn thời điểm họp rất quan trọng giúp cho mọi người tham gia được đầy đủ.

- Ai triệu tập và tổ chức cuộc họp.

+ Người triệu tập họp là người mời mọi người đến họp, có thể là nhân viên y tế hoặc người lãnh đạo cộng đồng hoặc người chủ trì của nhóm người tổ chức cuộc họp.

+ Người tổ chức cũng có thể là người triệu tập, hay một người giúp việc, thu xếp mọi sự như thuê hoặc mượn nơi mời họp, thông báo các thành viên, mời người báo cáo, thông tin trước về cuộc họp.

- Thông báo hoặc thông tin về cuộc họp: Tất cả mọi người liên quan với cuộc họp cần biết. Thông báo về cuộc họp có thể dưới các hành thức giấy mời, điện thoại hoặc thông báo...

7.2.2. Tiến hành cuộc họp

*** *Trình tự điều hành họp.***

- Giới thiệu thành phần cuộc họp.

- Giới thiệu mục đích cuộc họp.

- Thông qua nội dung cuộc họp.

- Duy trì nội dung cuộc họp

+ Nội dung cuộc họp đã được thông qua phải được tổ chức thực hiện liên tục đúng kế hoạch đã chuẩn bị.

+ Ngăn ngừa những mâu thuẫn cá nhân (nếu có)

+ Gọi ý những người nói ít, hay xấu hổ phát biểu.

- Kết luận cuộc họp:

+ Người chủ trì cuộc họp tóm tắt những ý chính mà hội nghị đã thảo luận và thống nhất kể cả những ý kiến chưa thống nhất.

+ Phân công nhiệm vụ cho các cá nhân/đơn vị thực hiện (có kế hoạch theo dõi thực hiện nhiệm vụ đã được giao phó tại buổi họp).

- Người chủ tọa giữ cho cuộc họp hướng vào mục đích chính, tạo cơ hội cho ai cũng tham gia, điều khiển giờ giấc và giữ trật tự.

7.2.3. Kết thúc cuộc họp

Người chủ tọa sẽ đưa ra kết luận của cuộc họp.

Thư ký sẽ thông qua biên bản cuộc họp.

Cuối cùng các ủy viên có thể nêu câu hỏi về sự chính xác và đầy đủ của biên bản và đề nghị bổ sung hay sửa chữa. Khi tất cả các ủy viên đã nhất trí thì chủ tọa đề nghị thông qua biên bản. Nếu có ý kiến đề xuất kiến nghị và có ý kiến khác, lúc đó chủ tọa cho thảo luận thêm lần cuối và nếu không có người tranh luận nữa thì chủ tọa hoặc một ủy viên khác sẽ cho thông qua và lấy biểu quyết. Thông thường thì biên bản được thông qua nhưng đôi khi cũng có những sửa đổi nhỏ. Sau đó thảo luận từng mục của chương trình và ra quyết định.

7.3. Vai trò của chủ tọa và thư ký trong cuộc họp

7.3.1. Vai trò của người điều hành/chủ tọa cuộc họp

- Kết quả cuộc họp phụ thuộc vào khả năng điều hành của người chủ tọa.
- Người chủ tọa cuộc họp phải có khả năng thuyết phục, động viên, giao tiếp, năng lực diễn giải, tổng hợp tốt.
- Người điều hành phải chủ động địa điểm, nội dung, và thời gian để tổ chức cuộc họp có hiệu quả.

7.3.2. Vai trò của thư ký cuộc họp

Nhiệm vụ chủ yếu của thư ký là ghi chép những sự kiện chính của cuộc họp. Biên bản cuộc họp cần ghi cô đọng, chính xác và theo tiến trình của cuộc họp. Biên bản có 3 phần:

*** Phần 1: Khai mạc.**

Trong phần khai mạc cần ghi rõ ràng, đầy đủ một số nội dung sau:

- Ngày, tháng, năm, giờ bắt đầu họp; địa điểm họp.
- Thành phần: số đại biểu, số người tham dự họp, số vắng, lý do.
- Chủ tọa (đoàn chủ tịch) cuộc họp.
- Thư ký.

*** Phần 2: Diễn biến cuộc họp.**

- Ghi tóm tắt các báo cáo (ghi rõ người báo cáo, tóm tắt nội dung báo cáo), nếu có sẵn ghi có kèm theo bản báo cáo.

- Những vấn đề cần thảo luận cũng như các ý kiến thảo luận, đóng góp ý kiến (ghi rõ tên người phát biểu).

- Kết quả biểu quyết thông qua các ý kiến đã được thảo luận.

- Ghi các ý kiến kết luận của người chủ tọa hoặc chủ tịch đoàn.

(Nghị quyết của hội nghị về các vấn đề đã được bàn luận)

- Ghi đầy đủ, ngắn gọn, rõ ràng, chính xác.

*** Phần 3: Kết thúc cuộc họp.**

- Ghi tóm tắt: phát biểu cảm tưởng của các đại biểu (nếu có).

- Ngày, giờ bế mạc hội nghị.

- Thư ký, chủ tọa ký tên.

7.4. Một số lưu ý khi điều hành cuộc họp

- Không nên có sự thô bạo (lời nói, hành động) trù dập/chỉ trích cá nhân, tập thể, không nên chê bai hoặc có thái độ dèm pha người khác.

- Người chủ tọa phải điều khiển cuộc thảo luận loại bỏ các ý kiến không thích hợp và đi đến kết thúc khi cần thiết.

- Người chủ tọa cần có khả năng xúc tiến/thúc đẩy việc thảo luận khi cần, (khi nêu câu hỏi hoặc chủ đề mới), mọi người dự cần được động viên tham gia. Không khuyến khích người nói quá nhiều, động viên những người rụt rè phát biểu.

- Điều khiển thời gian họp: Điều khiển thời gian thảo luận là việc cốt yếu khi điều khiển cuộc họp. Những câu hỏi và tranh luận của các thành viên phải có thời hạn thời gian để mọi người tham dự có dịp phát biểu.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn 1 câu trả lời ĐÚNG hoặc ĐÚNG NHẤT cho các câu hỏi bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu tiên câu trả lời được chọn:

Câu 1: Phát biểu đúng về nhóm chính thức:

A. Gồm những người có cùng sở thích, cùng mối quan tâm

B. Hình thành xuất phát từ nhu cầu của một tổ chức, trên cơ sở quyết định của tổ chức đó

C. Hình thành tự nhiên từ nhu cầu của mỗi thành viên của nhóm

D. Ảnh hưởng rất mạnh đến kết quả hoạt động của nhóm không chính thức

Câu 2: Quá trình phát triển của nhóm trải qua:

A. 3 giai đoạn

B. 4 giai đoạn

C. 5 giai đoạn

D. 6 giai đoạn

Câu 3: Các giai đoạn phát triển của nhóm:

A. Hình thành, phát triển, ổn định và tan rã

B. Hình thành, phát triển và ổn định

C. Hình thành, hỗn loạn, ổn định, hoạt động và tan rã

D. Hình thành, hỗn loạn, phát triển, ổn định, hoạt động và tan rã

Câu 4: Theo các giai đoạn của quá trình phát triển nhóm, ở giai đoạn hình thành nhóm, nhóm trưởng cần:

A. Cứng rắn, gương mẫu, gần gũi các thành viên, tránh để xảy ra căng thẳng quá, tổ chức tốt công việc và làm cho công việc bắt đầu có hiệu quả

B. Thúc đẩy các thành viên cởi mở, giao tiếp với nhau, sau đó cùng phối hợp xây dựng định hướng hoạt động của nhóm hoặc mục tiêu hoạt động nhóm

C. Tạo điều kiện để các thành viên hỗ trợ nhau

D. Tự hoàn thiện mình trong nhóm, thích ứng với thay đổi, chấp nhận sự khác biệt, hướng mục tiêu chung, tham gia vào việc quản lý chung.

Câu 5: Theo các giai đoạn của quá trình phát triển nhóm, ở giai đoạn hỗn loạn, nhóm trưởng cần:

- A. Cứng rắn, gương mẫu, gần gũi các thành viên, tránh để xảy ra căng thẳng quá, tổ chức tốt công việc và làm cho công việc bắt đầu có hiệu quả
- B. Thúc đẩy các thành viên cởi mở, giao tiếp với nhau, sau đó cùng phối hợp xây dựng định hướng hoạt động của nhóm hoặc mục tiêu hoạt động nhóm
- C. Tạo điều kiện để các thành viên hỗ trợ nhau
- D. Tự hoàn thiện mình trong nhóm, thích ứng với thay đổi, chấp nhận sự khác biệt, hướng mục tiêu chung, tham gia vào việc quản lý chung.

Câu 6: Khái niệm nhóm được hiểu là:

- A. Tập hợp nhiều người cùng có chung mục tiêu, thường xuyên tương tác với nhau, các thành viên đều có nhiệm vụ như nhau, và được chi phối bởi một quy tắc chung
- B. Tập hợp nhiều người cùng có chung nhiệm vụ, thường xuyên tương tác với nhau, và được chi phối bởi một quy tắc chung
- C. Tập hợp nhiều người cùng có chung mục tiêu, có nhiệm vụ như nhau, có các quy tắc chung chi phối lẫn nhau và làm việc trên nguyên tắc độc lập
- D. Tập hợp nhiều người cùng có chung mục tiêu, thường xuyên tương tác với nhau, mỗi thành viên có vai trò nhiệm vụ rõ ràng và có các quy tắc chung chi phối lẫn nhau.

Câu 7: Làm việc theo nhóm trong các tổ chức có vai trò:

- A. Giúp tổ chức ổn định khi môi trường thay đổi
- B. Giúp các thành viên học tập lẫn nhau để có kinh nghiệm và trình độ tương đương nhau
- C. Giúp phát triển năng lực quản lý của trưởng nhóm
- D. Giúp tăng năng suất và hiệu quả công việc.

Câu 8: Yếu tố nào là quan trọng nhất trong hoạt động nhóm:

- A. Có mục tiêu nhóm

- B. Các thành viên trong nhóm phải thường xuyên tương tác, liên hệ, giao tiếp với nhau
- C. Quy tắc nhóm
- D. Xác định rõ vai trò, trách nhiệm của các thành viên trong nhóm

Câu 9: Lan là thành viên của 1 nhóm 7 người với nhiều điểm khác biệt nhau từ tính cách đến cách làm việc, kiến thức và kỹ năng. Hiện tại Lan và các thành viên trong nhóm đang trong giai đoạn tìm hiểu, thăm dò lẫn nhau để có thể thể hiện vai trò của mình. Theo các giai đoạn của quá trình phát triển nhóm, nhóm của Lan đang ở giai đoạn:

- A. Hình thành
- B. Hỗn loạn
- C. Ổn định
- D. Hoạt động

Câu 10: Khi thảo luận để ra quyết định trong nhóm chăm sóc, điều dưỡng Hoa đã đưa ra ý tưởng, các thành viên khác trong nhóm không quan tâm xem ý tưởng được đưa ra là gì, và quyết định đã được thông qua một cách nhanh chóng. Cách ra quyết định trong trường hợp này là

- A. Ra quyết định theo kiểu thờ ơ
- B. Ra quyết định từ trên xuống
- C. Ra quyết định theo kiểu thiểu số
- D. Ra quyết định theo nguyên tắc đồng thuận.

BÀI 5 . KỸ NĂNG GIÁM SÁT VÀ ĐÁNH GIÁ CÔNG TÁC ĐIỀU DƯỠNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Phân biệt được các khái niệm về kiểm tra, giám sát, đánh giá và liệt kê được những khó khăn trong các hoạt động kiểm tra, giám sát.
2. Trình bày được quy trình giám sát và liệt kê được các biện pháp tăng cường hiệu quả giám sát của Phòng Điều dưỡng trưởng.
3. Xây dựng được các tiêu chí giám sát cho một chủ đề giám sát trong một số tình huống cụ thể.
4. Xây dựng được kế hoạch giám sát và thực hiện hiệu quả các hoạt động giám sát phù hợp với chức năng, nhiệm vụ được phân công.
5. Thể hiện tính tự chủ trong học tập, tìm kiếm thông tin, tài liệu và có tinh thần tương trợ, cộng tác để triển khai thực hiện các hoạt động giám sát được phân công.

NỘI DUNG

1. Khái niệm kiểm tra và giám sát

Kiểm tra (Check) nhằm: Xác định tiến độ công việc, phát hiện sai sót để chấn chỉnh, bảo đảm nguồn lực được sử dụng hiệu quả. Kiểm tra là sợi chỉ xuyên suốt cả quá trình quản lý.

Giám sát (supervision) là hoạt động có tính hỗ trợ và cộng tác cùng đối tượng được giám sát để xác định ra các vấn đề tồn tại, khó khăn và phân tích các nguyên nhân của nó, cùng tìm cách giải quyết vấn đề đó nhằm đạt được mục tiêu của kế hoạch đề ra.

Đánh giá (evaluation) là việc thu thập và phân tích các thông tin bằng nhiều phương pháp khác nhau để xác định tính phù hợp, tiến trình, hiệu suất, hiệu quả, tác động và tính duy trì của các hoạt động của chương trình đã được thiết lập từ trước.

2. Khó khăn thường gặp khi thực hiện kiểm tra, giám sát công tác điều dưỡng

Thái độ người giám sát:

- Người giám sát có thái độ độc đoán: Áp đặt, yêu cầu cấp dưới “hãy làm theo những điều tôi nói”, không giao trách nhiệm hoặc khuyến khích sự năng động sáng tạo trong

công việc. Thái độ giám sát này gây nên sự sợ hãi, miễn cưỡng, thiếu tự tin và cảm giác không an toàn của những người được giám sát. Do vậy dẫn đến việc giảm hiệu quả trong công tác giám sát.

- Người giám sát có thái độ tùy tiện: tức là khi giám sát muốn làm gì, làm thế nào cũng được đi ngược lại với nguyên tắc và mục đích của giám sát.
- Người lãnh đạo giám sát đề cao quá vấn đề dân chủ trong nhóm giám sát sẽ gây hạn chế khó khăn, giảm chất lượng giám sát

Năng lực người giám sát:

Kiến thức, kỹ năng lập kế hoạch, tổ chức, theo dõi, đánh giá kế hoạch giám sát. Kiến thức chuyên môn liên quan đến lĩnh vực được phân công giám sát còn hạn chế, có sự không đồng đều giữa các thành phần tham gia giám sát.

Kỹ năng lãnh đạo: khả năng ra quyết định, thương thuyết, ứng xử trong vai trò chỉ đạo các hoạt động của quy trình giám sát hạn chế của trưởng đoàn giám sát.

Người giám sát hạn chế thực tiễn trong một số hoạt động giám sát được phân công Người giám sát thiếu kỹ năng lắng nghe, phân tích, giao tiếp ứng xử chưa tốt khi giám sát, ít được đầu tư đào tạo về kỹ năng giám sát và chuyên môn trong lĩnh vực giám sát.

Nhận thức hạn chế của người được giám sát.

3. Quy trình giám sát

Giám sát điều dưỡng bao gồm một số bước cơ bản sau:

- Chuẩn bị giám sát
- Quan sát và trao đổi trực tiếp
- Hướng dẫn
- Động viên hỗ trợ
- Hỗ trợ về hậu cần
- Kết luận và kết quả giám sát

3.1. Chuẩn bị cho giám sát

Muốn cuộc giám sát đạt kết quả tốt, thì đòi hỏi có sự chuẩn bị cẩn thận, chu đáo, bao gồm việc: nghiên cứu tình hình hoạt động, xác định vấn đề hay nội dung trọng tâm giám sát lần này, xây dựng bộ công cụ giám sát, xây dựng kế hoạch và lịch trình giám sát...

3.1.1. Nghiên cứu tình hình các hoạt động

Nghiên cứu các tư liệu liên quan đến mục tiêu, đến các đích và các tiêu chuẩn hoạt động, các mức độ đã thực hiện được và các vấn đề còn tồn tại được ghi trong báo cáo giám sát lần trước. Nguồn tư liệu là bản kế hoạch và bản phân công nhiệm vụ chi tiết, các bản báo cáo, quy trình, quy định... các bản báo cáo đánh giá mới nhận được và bản báo cáo giám sát lần trước.

3.1.2. Xác định vấn đề hay nội dung trọng tâm giám sát

Trên cơ sở nghiên cứu trên, người giám sát xác định các vấn đề còn tồn tại cần phải ưu tiên giám sát, đặt ra các giả thiết tức là dự kiến các nguyên nhân gây ra các vấn đề, những việc gì cần phải giám sát, xem xét tìm ra nguyên nhân để có biện pháp giải quyết.

3.1.3. Xây dựng danh mục cụ thể giám sát:

Xây dựng bảng danh mục các nội dung cần giám sát cho thích hợp với mục tiêu cuộc giám sát đề ra. Công việc này giúp người giám sát có được công cụ phù hợp và chủ động trong giám sát. Không bỏ sót các nội dung được cân nhắc từ trước (tuy nhiên trong quá trình thực hiện giám sát cũng có thể bổ sung thêm).

3.1.4. Lập kế hoạch lịch trình giám sát

Mức độ thường xuyên của các lần giám sát phụ thuộc vào mức độ cấp bách của các vấn đề cần giải quyết và phụ thuộc vào các nhiệm vụ khác của người giám sát. Người giám sát cần lập kế hoạch về địa điểm, thời gian gặp gỡ, trao đổi với các đối tượng được giám sát và người có liên quan.

Bảng 1: Mẫu lịch trình giám sát

Các hoạt động	Thời gian	Địa điểm	Những người liên quan
1.			
2.			
3.			

3.2. Quan sát và trao đổi trực tiếp

Người giám sát quan sát trực tiếp đối tượng được giám sát thực hiện các thao tác chuyên môn và quy trình công việc, thời gian tiến hành, thái độ cư xử, các ra quyết định giải quyết vấn đề và so sánh với các yêu cầu chuyên môn, quy trình kỹ thuật chuẩn để cho điểm và đánh giá.

Đặc biệt chú trọng đến các vấn đề còn yếu kém, thiếu sót và mức độ ảnh hưởng của nó ra sao, nó diễn ra từ bao giờ, cũng như những tâm tư nguyện vọng và tinh thần, thái độ

trong công việc người được giám sát. Cùng trao đổi để đối tượng được giám sát có thể trình bày thêm và qua đó thống nhất kết quả giám sát và biện pháp khắc phục.

Trên cơ sở các vấn đề được phát hiện và những nguyên nhân tìm được, phân loại các vấn đề tồn tại có tính hệ thống hay tính nhất thời để đưa ra các giải pháp khắc phục đồng bộ hay tức thời bằng trao đổi hoặc hướng dẫn trực tiếp người được giám sát.

3.3. Hướng dẫn

Hướng dẫn những vấn đề chuyên môn hay quy trình công việc, mà đối tượng được giám sát có thể khắc phục được ngay, đây là hình thức đào tạo trực tiếp, giúp người được giám sát khắc phục được ngay các thiếu sót trong công việc của mình. Người giám sát có thể thực hiện các thao tác kỹ thuật, quy trình công việc, làm mẫu cho người được giám sát có thể học được ngay.

3.4. Động viên hỗ trợ

Người giám sát phải tôn trọng và giữ gìn mối quan hệ tốt với người được giám sát, xây dựng mối quan hệ công tác và hỗ trợ giữa các thành viên thì sẽ dễ dàng khắc phục những vấn đề yếu kém và công việc sẽ đạt hiệu quả hơn

3.5. Hỗ trợ về hậu cần

Sau khi đã xác định được những thiếu sót, bất cập của công tác hậu cần, như phương tiện, cơ sở hạ tầng, trang thiết bị vật tư..., thì có thể bàn bạc với các thành viên có liên quan và có liên quan và có kế hoạch giải quyết phù hợp. Việc hỗ trợ hậu cần và vật chất nếu được sử dụng có kết quả cao, thì người có quyền quyết định thường không do dự trong khả năng giải quyết của mình.

Việc hỗ trợ, đôi khi không phải chỉ là vật chất cụ thể, mà có thể là văn bản đề nghị về cơ chế, thay đổi quy trình...

3.6. Kết luận và kết quả giám sát

Các vấn đề được xác định ngay trong cuộc sống giám sát và các thông tin thu thập được của cuộc giám sát cần được phân tích sơ bộ để có kết luận ngắn gọn về kết quả của giám sát, đồng thời các nguyên nhân và các giải pháp được nêu và thống nhất việc khắc phục các thiếu sót.

4. Biện pháp tăng cường hiệu quả giám sát của Phòng Điều dưỡng

Các biện pháp để tăng cường hiệu quả giám sát của Phòng Điều dưỡng:

- Tổ chức tập huấn cho người được phân công thực hiện giám sát qua các

lớp đào tạo liên tục, đào tạo lại, hội thảo.

- Nâng cao nhận thức về tầm quan trọng của giám sát.
- Sử dụng kết hợp nhiều phương pháp giám sát: giám sát trực tiếp và giám sát gián tiếp.
- Cung cấp đầy đủ thông tin và bộ công cụ giám sát về nội dung sẽ giám sát.

5. Xây dựng bộ công cụ giám sát và áp dụng giám sát theo tình huống

Một số tình huống giám sát trong công tác điều dưỡng:

Tình huống 1: Xây dựng bảng kiểm giám sát các phương tiện rửa tay thường quy?

BỆNH VIỆN:

BẢNG KIỂM GIÁM SÁT CÁC PHƯƠNG TIỆN RỬA TAY THƯỜNG QUY

Khoa:

Ngày giám sát:

Thành viên đoàn giám sát:

STT	Nội dung đánh giá	Kết quả		Làm rõ nếu không đạt
		Đạt	Không đạt	
1	Bồn vệ sinh tay đạt tiêu chuẩn			
2	Vòi nước có cần gạt			
3	Xà phòng bánh hoặc dung dịch xà phòng sát khuẩn			
4	Hộp đựng khăn và khăn lau tay một lần			
5	Thùng (hộp) đựng khăn bẩn			
6	Dung dịch sát khuẩn tay có chứa cồn ở các địa điểm quy định			
7	Phương tiện vệ sinh tay đầy đủ tại tất cả các phòng thủ thuật, phòng chuẩn bị dụng cụ, phòng bệnh nhân nặng.			

Tình huống 2: Xây dựng bảng kiểm giám sát sự tuân thủ các thời điểm của rửa tay thường quy?

BỆNH VIỆN:

BẢNG KIỂM GIÁM SÁT

SỰ TUÂN THỦ CÁC THỜI ĐIỂM CỦA RỬA TAY THƯỜNG QUY

Khoa:

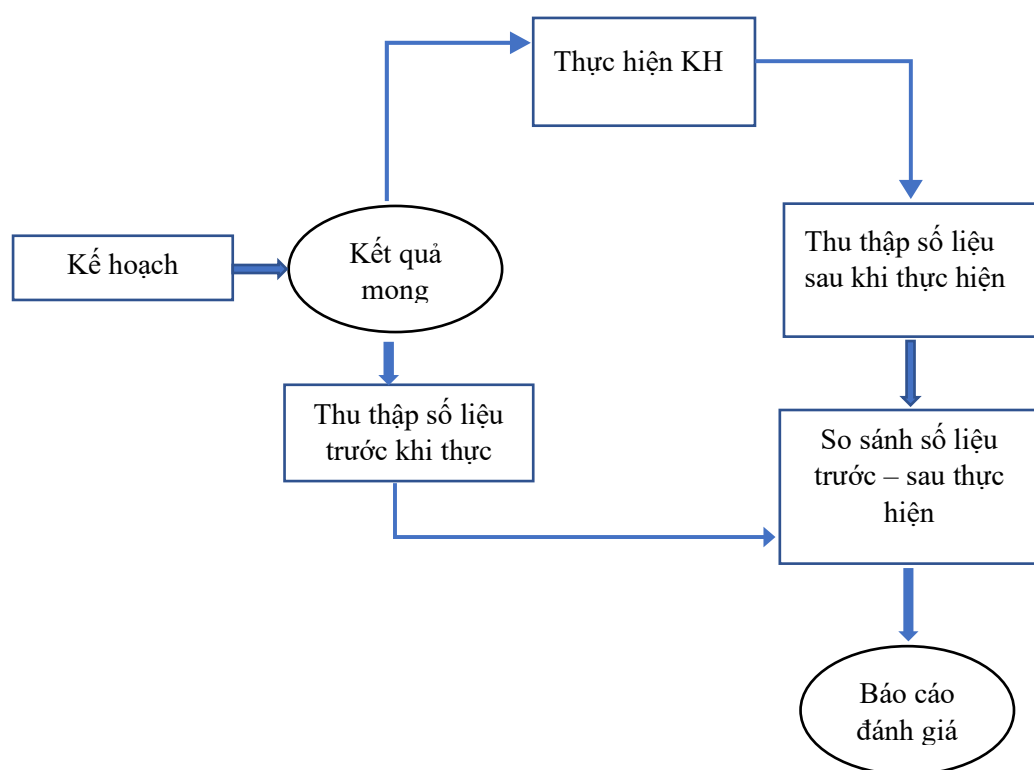
Ngày giám sát:

Thành viên đoàn giám sát:

STT	Nội dung đánh giá	Kết quả		Làm rõ nếu không đạt
		Đạt	Không đạt	
1.	Trước và sau khi thăm khám, chăm sóc cho mỗi người bệnh			
2.	Trước khi làm các công việc đòi hỏi vô khuẩn			
3.	Sau khi tiếp xúc với người bệnh			
4.	Sau khi tiếp xúc với máu, dịch cơ thể, các chất bài tiết, tháo bỏ găng.			
5.	Sau khi tiếp xúc với các dụng cụ bẩn, đồ vải bẩn, chất thải và các vật dụng trong buồng bệnh.			

6. Quy trình và hình thức đánh giá

6.1. Sơ đồ đánh giá



Hình 6.1. Sơ đồ đánh giá kết quả triển khai thực hiện kế hoạch

6.2. Các hình thức đánh giá

- a). Đánh giá ban đầu: là việc thu thập các số liệu cần thiết để xây dựng mục tiêu của kế hoạch/chương trình/dự án. Những thông tin ban đầu đó là cơ sở cho tổ chức triển khai kế hoạch và sẽ được sử dụng trong đánh giá để so sánh, đối chiếu với kết quả đạt được cuối chu kỳ hoạt động hoặc khi kết thúc chương trình kế hoạch, dự án.
- b). Đánh giá tiến độ thực hiện: là đánh giá được tiến hành trong quá trình thực hiện kế hoạch theo chu kỳ có thể là một quý, 6 tháng, 9 tháng... nhằm xem xét việc triển khai kế hoạch có đúng mục tiêu không, giúp cho quá trình điều hành kế hoạch đúng tiến độ và đảm bảo chất lượng các hoạt động.
- c). Đánh giá kết thúc: là đánh giá kết quả cuối cùng của kế hoạch/chương trình/dự án so với mục tiêu đề ra.
- d). Đánh giá tác động: là đánh giá về tính duy trì của chương trình dự án và các tác động lâu dài của kế hoạch/chương trình/dự án đối với sức khỏe của cộng đồng, kinh tế - xã hội, hoặc tác động của nó đối với việc hoạch định chính sách, chiến lược phát

triển của ngành... Loại đánh giá này thường được tiến hành sau khi kế hoạch/chương trình/dự án kết thúc nhiều năm.

Sự khác nhau giữa đánh giá thực hiện và đánh giá tác động của kế hoạch hoạt động hay dự án được mô tả ở bảng 1.

Bảng 1. So sánh đánh giá quá trình thực hiện và đánh giá tác động

	Đánh giá quá trình	Đánh giá tác động
Mục đích	- Tăng cường tổ chức thực hiện - Điều chỉnh kế hoạch	- Rút ra bài học kinh nghiệm
Nội dung	- Tiến độ có đúng kế hoạch không? - Hoạt động triển khai có đúng các quy định không? - Các nguồn lực có được sử dụng hiệu quả không?	- Mục tiêu chung có đạt không? - Các kết quả đầu ra đạt được bao nhiêu - Nguyên nhân và bài học
Trọng tâm đánh giá	- Kết quả ngắn hạn	- Kết quả dài hạn
Thời gian	- Trong quá trình thực hiện kế hoạch.	- Sau khi kết thúc việc thực hiện 1-2 năm.

7. Xây dựng công cụ đánh giá

Công cụ đánh giá bao hàm các câu hỏi thu thập số liệu, các câu hỏi đánh giá được xây dựng nhằm thu thập số liệu có ý nghĩa về kết quả các hoạt động. Dưới đây là những tiêu chí cơ bản cho một câu hỏi đánh giá tốt:

- Câu hỏi tập trung vào nội dung chính của chương trình hoạt động và các vấn đề mà các bên liên quan quan tâm. Người đánh giá cần phải hiểu biết rõ về các hoạt động của chương trình để đưa ra những câu hỏi thực tế và phù hợp. Câu hỏi có khả năng tìm được những thông tin, bằng chứng có thể đo lường được. Dưới đây gợi ý một số nội dung đánh giá chính và câu hỏi:

a). Đánh giá nhu cầu dịch vụ:

- Phạm vi chương trình là gì?
- Đặc điểm và nhu cầu của đối tượng đích là gì?

- Loại hình dịch vụ cần thiết là gì?

- Cần đổi mới gì trong việc cung cấp dịch vụ?

b). Đánh giá triển khai chương trình, kế hoạch:

- Chương trình nhằm vào đối tượng nào?

- Dịch vụ được cung cấp như thế nào?

- Chương trình được tổ chức như thế nào?

- Những nguồn lực cần thiết để triển khai chương trình là gì?

c). Đánh giá kết quả thực hiện:

- Mục tiêu có đạt được không?

- Những hoạt động có được thực hiện theo kế hoạch không?

- Dịch vụ có mang lại lợi ích cho người hưởng lợi/khách hàng không?

- Dịch vụ có những tác động không mong muốn tới khách hàng không?

- Đối tượng khách hàng/người bệnh nào chưa tiếp cận được dịch vụ?

- Người bệnh/ khách hàng có hài lòng với dịch vụ không?

d). Câu hỏi về chi phí và hiệu quả của chương trình:

- Các nguồn lực có được sử dụng hiệu quả không?

- Chi phí có tương ứng với lợi ích thu được của chương trình không?

- Có cách nào khác mà vẫn thu được hiệu quả như vậy với chi phí thấp hơn không?

8. Các bước đánh giá

8.1. Lập kế hoạch đánh giá

Người đánh giá cần xây dựng kế hoạch đánh giá gồm các nội dung sau đây:

- Xác định mục tiêu đánh giá: Mục tiêu đánh giá cần được xác định rõ cho mỗi cuộc đánh giá. Mục tiêu đánh giá là cơ sở để xác định nội dung đánh giá, các chỉ số đánh giá và phương pháp đánh giá.

- Xác định phạm vi và nội dung đánh giá: Các chương trình dự án khi thực hiện đều đưa ra các mục tiêu, phạm vi hoạt động. Khi tiến hành đánh giá cần căn cứ vào mục tiêu và phạm vi của từng chương trình dự án.

- Xác định các chỉ số đo lường: Mỗi chỉ số cần đáp ứng được các tiêu chí như có giá trị đo lường được những gì cần đo, tin cậy đo lường với sai số thấp nhất, khách quan ít bị sai lệch do con người, nhạy phản ánh được thay đổi của hiện tượng và đặc hiệu với những hoàn cảnh và điều kiện cụ thể.

- Lựa chọn phương pháp thu thập thông tin phù hợp: Trong bước này, chúng ta cần phải xác định phương pháp thu thập thông tin qua các kênh khác nhau cho phù hợp với từng chương trình dự án và nguồn lực sẵn có để đánh giá. Các phương pháp thu thập thông tin bao gồm: quan sát, phỏng vấn, bộ câu hỏi, đánh giá báo cáo và thông tin có sẵn, v.v...
- Kế hoạch triển khai thu thập số liệu. Cần xác định rõ ai sẽ làm gì, thu thập số liệu ở đâu, khi nào thì làm và làm như thế nào. Các nguồn lực cần cho đánh giá cần phải xác định rõ ràng và phải xây dựng thành một kế hoạch triển khai đánh giá cụ thể và được cấp có thẩm quyền phê duyệt và các đối tác liên quan thống nhất phối hợp.

8.2. Thực hiện đánh giá

- Phân công các đánh giá viên thành các nhóm để tiến hành đánh giá theo kế hoạch đã được thống nhất.
- Phối hợp với các bên liên quan trong quá trình thu thập các số liệu cần thiết cho việc đánh giá.

Thu thập các thông tin: sử dụng công cụ đánh giá để thu thập thông tin về chương trình có được thực hiện theo đúng kế hoạch không, các can thiệp có đủ mạnh để tạo ra sự khác biệt không, chương trình có được thực hiện theo những quy định không, tổ chức thực hiện chương trình có gặp phải vấn đề gì không và nguồn lực có được sử dụng hiệu quả không?

8.3. Phân tích, trình bày số liệu

8.3.1. Phân tích số liệu

Đối với phân tích định lượng thì phải có đủ số liệu theo cỡ mẫu mới tiến hành phân tích nhưng đối với phân tích định tính không cần đợi tất cả số liệu được thu thập xong mà sau từng cuộc phỏng vấn có thể bắt đầu phân tích số liệu ngay trong giai đoạn thu thập.

8.3.2. Trình bày số liệu

Người phân tích trình bày số liệu cần phải biết cách sử dụng các bảng, các biểu đồ, đồ thị để trình bày số liệu.

Bảng 1 chiều là bảng thể hiện sự phân bố tần số. Bảng này chỉ trình bày số liệu của một biến với tổng của cột, không có tổng dòng (xem Bảng 1 dưới đây)

Bảng 1. Phân bố các loại nhiễm khuẩn bệnh viện theo vị trí giải phẫu

Vị trí nhiễm khuẩn	NKBV (n=13)
--------------------	-------------

	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhiễm khuẩn đường hô hấp	05	38,5%
Nhiễm khuẩn vết mổ	03	23,1%
Nhiễm khuẩn đường tiết niệu	02	15,3%
Nhiễm trùng da và mô mềm	03	23,1%
Cộng	13	100%

Nguồn: Trần Thị Hà Phương – Mai Thị Tiết cùng cộng sự trong báo cáo “Nghiên cứu tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện và các yếu tố liên quan tại bệnh viện đa khoa Đồng Nai năm 2014”

Bảng 2 chiều là bảng khi có từ hai biến số được trình bày trong một bảng. Ta có thể biểu thị tổng của các số liệu theo biến ở cả cột và dòng. Bảng hai chiều giúp so sánh sự khác nhau giữa các nhóm đối tượng. Ví dụ, so sánh tần suất rủi ro do vật sắc nhọn đối với nhóm bác sĩ và nhóm điều dưỡng trong thời gian một năm được minh họa trong bảng kết hợp dưới đây (xem Bảng 2 dưới đây).

Bảng 2: Tỷ lệ rủi ro do vật sắc nhọn theo vị trí và theo nghề

Nghề Vị trí tôn thương	Bác sĩ		Điều dưỡng		Chung	
	Số lần	%	Số lần	%	Số lần	%
Ngón tay	67	95.7	173	94.5	240	94.9
Bàn tay	03	4.3	08	4.4	11	4.3
Khác	00	0.0	02	1.1	02	0.8
Tổng số	70	100,0	183	100,0	253	100,0

Nguồn: Bộ Y tế, Cục quản lý khám chữa bệnh. Tài liệu đào tạo Quản lý điều dưỡng, Cục QLKCB-JICA, 2012.

Trình bày số liệu dạng biểu đồ và đồ thị: phải đảm bảo nguyên tắc trình bày biểu đồ và đồ thị thật đơn giản, đầy đủ và rõ ràng các thông số. Các loại biểu đồ và chức năng được trình bày cụ thể ở Bảng 3 dưới đây.

Bảng 3: Các loại biểu đồ và chức năng

Loại biểu đồ	Chức năng
Biểu đồ cột hay biểu đồ thanh (bar chart)	- Dùng để so sánh tần số, tỷ lệ - Có thể kết hợp 2 - 3 biến trên một biểu đồ cột. Giữa các nhóm cột luôn có một khoảng cách.
Biểu đồ hình tròn (pie chart)	- Dùng để so sánh các tỷ lệ - Tổng các tỷ lệ của từng phần phải bằng 100%.
Biểu đồ cột chồng	- Dùng để so sánh biến số giữa 2 hoặc 3 quần thể khác nhau.
Biểu đồ cột liên tục (histogram)	- Dùng để biểu thị các nhóm trong một biến liên tục. - Khi một biến liên tục được phân ra các nhóm nó trở thành một biến định tính gồm nhiều nhóm kế tiếp nhau.
Đường thẳng (line)	- Dùng để biểu thị sự biến thiên của một hiện tượng theo thời gian.
Biểu đồ chấm (scatter)	- Dùng để biểu thị sự tương quan giữa hai biến liên tục. Biểu đồ chấm cho ta biết được hướng và mức độ tương quan giữa hai biến liên tục.

8.4. Viết báo cáo

Nội dung một báo cáo đánh giá

Phần 1: Tóm tắt kết quả đánh giá

1. Nêu vấn đề đánh giá.
2. Các kết quả chính thu được
3. Các khuyến nghị.

Phần 2: Mô tả các hoạt động can thiệp

1. Mô tả vấn đề (phạm vi, mức độ nghiêm trọng, xu hướng, ...)
2. Mục tiêu chung và mục tiêu cụ thể.
3. Các hoạt động chính

Phần 3: Phương pháp đánh giá và kết quả

1. Thiết kế đánh giá
 - Phương pháp và đối tượng đánh giá
 - Thời gian đánh giá

- Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu
- Phương pháp phân tích số liệu

2. Kết quả đánh giá

- Các kết quả thu được
- Các hạn chế của kết quả.

Phần 4. Kết luận và khuyến nghị

- Các kết luận (căn cứ theo mục tiêu)
- Khuyến nghị (căn cứ vào kết quả đánh giá).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Cục quản lý khám chữa bệnh. Dự án tăng cường chất lượng nguồn nhân lực trong khám chữa bệnh, 2012.
2. Bộ Y tế, Cục quản lý khám chữa bệnh. Tài liệu đào tạo Quản lý điều dưỡng, Cục QLKCB-JICA, 2012.
3. Bộ Y tế, Thông tư 08/2011/TT-BYT về Hướng dẫn công tác dinh dưỡng-tiết chế trong bệnh viện, 2011.
4. Bộ Y tế, Bộ tiêu chuẩn chất lượng chăm sóc NB trong các bệnh viện, Nhà xuất bản giao thông vận tải, 2016.
5. Bộ Y tế, Thông tư 16/2018/TT-BYT ngày 20 tháng 7 năm 2018 Quy định về kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, 2018.
6. Bộ Y tế, Bộ đánh giá tiêu chí chất lượng bệnh viện, 2013.
7. Bộ Y tế, Thông tư 19/2013/TT-BYT Hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện, 2013.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn 1 câu trả lời ĐÚNG hoặc ĐÚNG NHẤT cho các câu hỏi bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu tiên câu trả lời được chọn:

Câu 1. Giám sát là:

- A. Hoạt động tìm hiểu tiến độ của công việc
- B. Hoạt động có tính hỗ trợ và cộng tác
- C. Quá trình thực thi các yêu cầu của pháp luật
- D. Quá trình thực thi các quy định của nhà nước

Câu 2. Kiểm tra là:

- A. Quá trình tìm hiểu tiến độ của công việc
- B. Hoạt động có tính hỗ trợ và cộng tác
- C. Quá trình thực thi các yêu cầu của pháp luật
- D. Quá trình thực thi các quy định của nhà nước

Câu 3. Để giám sát hoạt động giáo dục sức khỏe cho người bệnh của điều dưỡng, phương pháp giám sát tốt nhất là:

- A. Quan sát trực tiếp
- B. Qua camera
- C. Qua người bệnh
- D. Qua hồ sơ bệnh án

Câu 4. Bạn được phân công là trưởng nhóm chăm sóc, trong quá trình làm việc, bạn đã phát hiện ra sinh viên G đang thay băng vết mổ nhiễm khuẩn cho người bệnh nhưng không đi rửa tay sạch. Vậy cách ứng xử tốt nhất của bạn là:

- A. Ghi chép vào sổ và phản hồi cho giáo viên
- B. Trao đổi trực tiếp sinh viên

C. Thông tin lại với điều dưỡng trưởng khoa

D. Nhận xét vào sổ tay lâm sàng của sinh viên

Câu 5. Để giám sát quy trình tiêm truyền của điều dưỡng, phương pháp giám sát tốt nhất của điều dưỡng trưởng khoa là:

A. Quan sát trực tiếp

B. Qua camera

C. Qua người bệnh

D. Qua phiếu chăm sóc

Câu 6. Nghiên cứu tình hình các hoạt động trong khoa để xác định nội dung trọng tâm cần giám sát, điều dưỡng trưởng khoa cần dựa vào những tài liệu liên quan đến:

A. Mục tiêu, các tiêu chuẩn hoạt động, các vấn đề tồn tại

B. Mục tiêu, các tiêu chuẩn hoạt động, báo cáo giám sát lần trước

C. Mục đích, các hoạt động giám sát, các vấn đề tồn tại

D. Mục đích, các hoạt động giám sát, báo cáo giám sát lần trước

Câu 7. Xây dựng công cụ giám sát phải phù hợp:

A. Phương pháp giám sát

B. Hình thức giám sát

C. Hoạt động giám sát

D. Mục tiêu giám sát

Câu 8. Mẫu lập kế hoạch lịch trình giám sát bao gồm các nội dung cơ bản được sắp xếp theo thứ tự như sau:

A. Các hoạt động, thời gian, địa điểm và người liên quan

B. Các hoạt động, thời gian bắt đầu và kết thúc, người giám sát

C. Phương pháp giám sát, các hoạt động, thời gian, địa điểm

D. Hình thức giám sát, các hoạt động, thời gian, địa điểm

Câu 9: Quy trình của giám sát gồm có số bước cơ bản là:

A. 4

B. 5

C. 6

D. 7

Câu 10: Các hình thức đánh giá được sắp xếp theo thứ tự là:

A. Đánh giá ban đầu, đánh giá tiến độ thực hiện, đánh giá tác động, đánh giá kết thúc.

B. Đánh giá tiến độ thực hiện, đánh giá ban đầu, đánh giá tác động, đánh giá kết thúc.

C. Đánh giá ban đầu, đánh giá tác động, đánh giá tiến độ thực hiện, đánh giá kết thúc.

D. Đánh giá ban đầu, đánh giá tiến độ thực hiện, đánh giá kết thúc, đánh giá tác động.

BÀI 6. QUẢN LÝ NHÂN LỰC ĐIỀU DƯỠNG TẠI CÁC CƠ SỞ Y TẾ

MỤC TIÊU BÀI HỌC

1. Nêu được khái niệm, tầm quan trọng của quản lý nhân lực, các nội dung quản lý của điều dưỡng trưởng và cách phân loại công việc chăm sóc và cách tính toán nhân lực.
2. Phân tích được cách xác định mô hình chăm sóc, nguyên tắc, những điểm lưu ý khi xây dựng lịch làm việc và cách điều chỉnh nhân lực trong bệnh viện.
3. Phân tích được nguyên tắc tuyển dụng, tuyển chọn, sử dụng nhân viên, đánh giá, khuyến khích nhân viên và một số quy định liên quan đến công tác quản lý nhân lực.
4. Tính được số nhân lực cần thiết trong khoa/bệnh viện trong một số tình huống cụ thể.
5. Thể hiện được thái độ nghiêm túc, cẩn thận, chính xác khi tính toán nhân lực trong một số tình huống cụ thể.

NỘI DUNG

1. Khái niệm về quản lý nhân lực (QLNL)

Có nhiều quan niệm về nguồn nhân lực. Theo Tổ chức Liên hiệp quốc: “Nguồn nhân lực là tổng thể sức dự trữ, những tiềm năng, những lực lượng thể hiện sức mạnh và sự tác động của con người trong việc cải tạo tự nhiên và cải tạo xã hội”. Quản lý nhân lực là quá trình thỏa mãn nhu cầu của tổ chức và người lao động. Mọi hoạt động quản lý ảnh hưởng đến mối quan hệ giữa tổ chức và người lao động đều thuộc phạm vi quản lý nhân lực.

Nguồn nhân lực y tế (NLYT) là lực lượng lao động tham gia vào quá trình phát triển ngành Y tế, bao gồm lực lượng lao động trực tiếp và lao động gián tiếp. Năm 2006, WHO đã đưa ra định nghĩa: “*Nhân lực y tế bao gồm tất cả những người tham gia chủ yếu vào các hoạt động nhằm nâng cao sức khỏe*”. Theo đó, NLYT bao gồm những người cung cấp dịch vụ y tế, người làm công tác quản lý và cả nhân viên giúp việc mà không trực tiếp cung cấp các dịch vụ y tế. Như vậy, nguồn NLYT gồm cán bộ y tế (CBYT) chính thức và cán bộ không chính thức (như tình nguyện viên xã hội, những

người chăm sóc sức khỏe gia đình, lương y...); kể cả những người làm việc trong ngành Y tế và trong những ngành khác (như quân đội, trường học hay các doanh nghiệp). Theo định nghĩa NLYT của WHO, ở Việt Nam các nhóm đối tượng được coi là “NLYT” sẽ bao gồm các cán bộ, nhân viên y tế thuộc biên chế và hợp đồng đang làm trong hệ thống y tế công lập và ngoài công lập (bao gồm cả quân y), các cơ sở đào tạo và nghiên cứu khoa học y/dược và tất cả những người khác đang tham gia vào các hoạt động quản lý và cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe nhân dân (CSSKND).

2. Tầm quan trọng của công tác quản lý nhân lực

Quản lý nhân lực tốt sẽ:

- Thúc đẩy động cơ làm việc của nhân viên
- Phát huy hiệu quả công tác của nhân viên
- Tiết kiệm được kinh phí
- Đảm bảo các quy định được tuân thủ
- Nâng cao đạo đức nghề nghiệp

3. Nội dung quản lý nhân lực của điều dưỡng trưởng

Nội dung quản lý nguồn nhân lực đối với điều dưỡng trưởng bao gồm:

3.1. Xác định nhu cầu nhân lực chăm sóc người bệnh/ khách hàng

3.2. Tham gia tuyển dụng nhân lực theo tiêu chuẩn và nội dung công việc

Đối với điều dưỡng trưởng bệnh viện hiện nay, việc được tham gia tuyển dụng nhân sự điều dưỡng và các vị trí việc làm khác trong công tác chăm sóc người bệnh đang là một khó khăn có liên quan đến các yếu tố sau

- Quyền lợi đến từ nhiều phía
- Năng lực của ĐDT trong thương thuyết và phỏng vấn.
- Chưa có bộ công cụ tuyển dụng.
- Kế hoạch tuyển dụng không rõ ràng: số lượng, thời điểm, tiêu chuẩn tuyển dụng...

Chính vì vậy ĐD/HS/KTV mới được tuyển dụng đầu vào không có định mức về tiêu chuẩn chung dẫn tới khó đánh giá năng lực các cá nhân trong việc sắp xếp bố trí vị trí việc làm, gây nhiều bàn luận về nhân sự trong tổ chức.

3.3. Cập nhật thông tin nhân lực và thông tin trực hằng ngày từ điều dưỡng trưởng các khoa và ĐDT ca trực

Mục đích là giúp phòng điều dưỡng có được thông tin về nhân lực sớm nhất trong ngày cũng như tình trạng bệnh tại các khoa để điều động nhân lực giữa các khoa phòng trong bệnh viện. Việc báo cáo thì dễ nhưng thực hiện điều động nhân lực là rất khó khăn trong bối cảnh văn hóa từ xưa đến nay có liên quan đến quyền lợi cá nhân, thông tin nội bộ giữa các khoa phòng.... Đây là một sự thay đổi lớn, nếu các bệnh viện áp dụng thành công việc điều động này sẽ hạn chế con số biên chế thừa như hiện nay, tăng khả năng linh hoạt và đa dạng của nhân viên trong công việc. Muốn vậy, bệnh viện cần có chính sách công bằng, công khai và cam kết từ phía lãnh đạo bệnh viện.

3.4. Xây dựng mô tả công việc cho từng vị trí làm việc

Việc xây dựng bảng mô tả công việc cho các bộ phận và các cá nhân trong hệ thống điều dưỡng là vô cùng quan trọng, đây là hướng dẫn cho phạm vi công việc của một cá nhân là ĐD/HS/KTV. Tuy nhiên hiện nay việc xây dựng bảng mô tả công việc và áp dụng cho các vị trí còn là hình thức đối phó như là:

- Thiếu nhà thiết kế quy định, quy trình chuẩn phù hợp với đặc thù bệnh viện
- Việc đào tạo cho các nhân viên để triển khai và áp dụng chưa triệt để.
- Công tác kiểm tra, giám sát sơ sài
- Đôi khi không thực hiện được đúng công việc so với bảng mô tả công việc vì nhiều lý do khác nhau...

3.5. Đào tạo cập nhật kiến thức, kỹ năng cho nhân viên

Hiện nay, công tác đào tạo kiến thức, kỹ năng và thái độ cho điều dưỡng mới tuyển dụng và đào tạo liên tục cho cán bộ nhân viên bệnh viện cũng đang gặp nhiều khó khăn có liên quan đến các vấn đề sau:

Đối với nhân viên mới tuyển dụng: cần chương trình và nội dung đào tạo bắt buộc. Ví dụ: văn hóa dịch vụ của bệnh viện, lịch sử và các giá trị cốt lõi của bệnh viện, kiểm soát nhiễm khuẩn.....

Đối với nhân viên đã và đang làm việc tại các chuyên khoa (nhân viên cũ)

Tùy thuộc vào các lĩnh vực đào tạo lại có tính hệ thống toàn bệnh viện hay đặc thù chuyên khoa mà xây dựng kế hoạch

- Đào tạo tại các khoa.
- Đào tạo tập trung toàn bệnh viện

- Giảng viên có sẵn hay thuê ngoài

Khuyến khích các hình thức tự đào tạo tại các chuyên khoa dựa theo danh mục đào tạo lại mà các chuyên khoa gửi về phòng điều dưỡng, các thông tin bao gồm:

- Nội dung đào tạo (có tài liệu chính thống giảng dạy và tài liệu tham khảo)
- Thời gian đào tạo (giúp phòng điều dưỡng kiểm tra, đánh giá)
- Địa điểm đào tạo
- Danh sách cán bộ tham gia đào tạo...

3.6. Phân công công việc hàng ngày, sắp xếp, giao nhiệm vụ phù hợp với từng cá nhân

ĐD/HS/KTVT các khoa căn cứ vào số lượng, năng lực nhân viên và số lượng tính chất bệnh trong ngày để phân bổ nhân lực cho phù hợp hoặc có thể ủy quyền cho ĐDT ca trực thực hiện nhiệm vụ này (tùy thuộc vào bệnh viện) nhưng cần lưu ý một số đặc điểm sau trong sắp xếp nhân lực:

- Người chăm chỉ cùng với người không chăm chỉ.
- Người có kinh nghiệm cùng nhóm với người mới vào làm việc.
- Người hay nói nhiều cùng nhóm với người ít nói.
- Người cẩn thận cùng nhóm với người cầu thả
- Có quy trình đào nhóm thường quy và khi cần thiết

Mục đích của việc sắp xếp nhân lực phù hợp tạo điều kiện, cơ hội chia sẻ kinh nghiệm và hỗ trợ lẫn nhau trong nhóm, tránh hiện tượng kết bè phái lâu ngày thành hệ thống.

3.7. Xây dựng lịch trực và theo dõi ngày công

Theo dõi ngày công của nhân viên là một công việc điển hình của ĐDT khoa, trước đây chấm công hàng ngày của ĐDT mang tính chất cho đủ quân số và hoàn thành một công việc thường quy, ngày nay việc xây dựng lịch trực và theo dõi chấm công còn mang nhiều ý nghĩa khoa học khác trong quản lý nhân lực thông qua các chỉ số sau:

- Mẫu thiết kế chung cho toàn bộ các khoa phòng trong phân công nhân lực theo ca và theo dõi chấm công có tính liên tiếp kế cận tháng này nối tiếp tháng khác
- Biết được tổng số nhân lực ĐD/HS/KTV trong 1 ca hay 1 ngày làm việc.
- Biết được tổng số giờ làm việc của một nhân viên trong một tháng.

- Biết được giờ thừa, thiếu của mỗi nhân viên/ 1 tháng cộng với giờ thừa thiếu của các tháng trước cộng lại.
- Biết được kế hoạch nghỉ bù, nghỉ phép của mỗi cá nhân trong một tháng.
- Biết được trong bảng trực hôm nay ai là trưởng ca trực, trưởng ca cấp cứu nội viện....
- Sắp xếp được kế hoạch nghỉ phép của nhân viên trong khoa.
- Phân bố đồng đều “ngày tốt” và “ngày xấu” giữa các nhân viên.
- Sơ kết, tổng kết những thuận lợi, khó khăn, thảo luận công khai, biện pháp giải quyết.

3.8. Kiểm tra, đánh giá công việc của nhân viên

Đánh giá chất lượng công việc của nhân viên hiện nay phần lớn các bệnh viện chưa xây dựng được bộ công cụ đánh giá chất lượng công việc cho ĐD/ HS/KTV (Key Performent Indicator – KPI). Do vậy việc đánh giá mang tính cá nhân của chủ thể đánh giá, không bao phủ hết các nội dung đánh giá hoàn thành công việc của mỗi cá nhân, dẫn đến tình trạng thiếu công bằng trong việc bầu ai, chọn ai, đặc biệt vào dịp cuối năm là lúc khó khăn nhất đối với các nhà quản lý là ĐDT trước những quyết định mà bản thân họ cũng chưa biết rõ đó có phải là người xuất sắc nhất hay không. Điều này tệ hại hơn là có thể gây mất uy tín cho nhà quản lý, thậm chí gây căng thẳng nội bộ ngắn hạn hoặc dài hạn tùy thuộc vào ai là người được lựa chọn và quyền lợi đi kèm là gì...

3.9. Đề xuất khen thưởng, kỷ luật

Khen thưởng và bình bầu cuối năm cũng là hình thức thường quy. Tuy nhiên đối với nghề đặc thù là điều dưỡng, việc ghi nhận hiệu quả chăm sóc người bệnh ở từng cá nhân là khó khăn nếu như chưa xây dựng được bộ công cụ đánh giá chất lượng công việc (KPI)

3.10. Thực hiện tốt những yêu cầu của người lao động đúng chế độ, chính sách của nhà nước

Nhà quản lý ĐD/HS/KTVT hơn bao giờ hết phải bám sát vào các thông tư, văn bản của Bộ Y tế, nghị định của chính phủ và quyền của người lao động trong bộ luật lao động và luật KBCB. Phải đảm bảo đầy đủ các điều kiện làm việc cho nhân viên y tế tại các cơ sở y tế. Tuy nhiên hiện nay một số bệnh viện tư nhân hoặc bệnh viện trực thuộc nhà nước nhưng tự chủ về tài chính thì tuyển dụng và người sử dụng lao động có quyền

thỏa hiệp với nhau về vị trí việc làm và lương bổng mà không cần phải chú trọng nhiều đến yếu tố khác. Đây cũng là xu hướng phát triển tất yếu của xã hội, người giỏi sẽ có nhiều cơ hội việc làm phù hợp với năng lực nhưng lại là nguy cơ không giữ được chân những người này trong khối bệnh viện công lập.

4. Phân loại công việc chăm sóc

4.1. Khối lượng công việc chăm sóc trực tiếp

* Chăm sóc trực tiếp bao gồm các hoạt động:

- Tiếp xúc.
- Ăn uống.
- Vệ sinh thân thể.
- Vệ sinh giường bệnh.
- Vệ sinh đồ dùng cho bệnh nhân.
- Chuẩn bị bệnh nhân trước phẫu thuật.
- Lấy bệnh phẩm.
- Truyền dịch.
- Thực hiện các kỹ thuật chăm sóc trên người bệnh.
- Xét nghiệm.
- Cho người bệnh thở ôxy.
- Cho người bệnh uống thuốc, tiêm thuốc.
- Trợ giúp bác sĩ làm thủ thuật.
- Đi buồng cùng bác sĩ.
- Trợ giúp bạn đồng nghiệp chăm sóc người bệnh.
- Hướng dẫn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh

* Khối lượng chăm sóc trực tiếp dựa vào.

- Số lượng người bệnh nhiều hay ít (Số lượng bệnh nhân bị ảnh hưởng bởi: phương tiện giao thông, sự hấp dẫn của bệnh viện).
- Tình trạng của người bệnh nặng hay nhẹ.
- Dựa vào yêu cầu chăm sóc mà người ta chia tình trạng người bệnh thành ba cấp.
 - + Chăm sóc cấp I: Gồm những người bệnh nặng, nguy kịch có yêu cầu điều trị, theo dõi, chăm sóc thường xuyên như người bệnh hôn mê, sau phẫu thuật, người bệnh suy

tuần hoàn, suy hô hấp nặng... thời gian chăm sóc trực tiếp trung bình cho mỗi người bệnh thuộc nhóm này là thường ≥ 3 h/ngày (hay 4h/ngày/1 người bệnh).

+ Chăm sóc cấp II:

Gồm những người bệnh có yêu cầu chăm sóc theo dõi ở mức trung bình người bệnh cần đến sự hỗ trợ của điều dưỡng trong việc đáp ứng các nhu cầu cơ bản, người bệnh có thuốc tiêm, truyền, người bệnh trước mổ... ước tính thời gian chăm sóc trực tiếp trung bình cho mỗi người bệnh thuộc nhóm này là <3 h/ngày (hay 2h/24h/1 người bệnh).

+ Chăm sóc cấp III:

Gồm những người bệnh nhẹ tự đáp ứng được nhu cầu cho bản thân, đòi hỏi việc điều trị, theo dõi ở mức tối thiểu, ước tính thời gian chăm sóc cho mỗi người bệnh thuộc nhóm này thường $\leq 1,5$ h/ngày (hay $\leq 1,5$ h/ngày/1 người bệnh).

4.2. Khối lượng công việc chăm sóc gián tiếp

* Chăm sóc gián tiếp bao gồm các hoạt động:

- Cọ rửa, chuẩn bị dụng cụ.
- Ghi chép phiếu theo dõi, phiếu chăm sóc.
- Viết báo cáo giao ban.
- Thông tin, báo cáo bác sĩ bằng lời.
- Tiếp xúc, giáo dục SK cho người nhà người bệnh.
- Báo ăn cho người bệnh.
- Lĩnh thuốc, lĩnh dụng cụ.
- Vận chuyển người bệnh.

* Công việc chăm sóc gián tiếp thường có tính tương đối ổn định hơn, ước tính thời gian chăm sóc gián tiếp trung bình cho mỗi người bệnh là 30 phút/ngày (hay 30 phút/24h/1 người bệnh).

* Trong thực tế số giờ chăm sóc còn phụ thuộc vào sự phân cấp của bệnh viện, thường thì những bệnh viện ở tuyến cao hơn sẽ có giờ chăm sóc cao hơn. Tốt nhất là thực hiện đề tài nghiên cứu tính số giờ chăm sóc thực tế trên bệnh nhân

4.3. Số giờ chăm sóc trung bình cho một người bệnh/24 giờ

Hiện nay người ta đã xác định số giờ chăm sóc trung bình cho một người bệnh nội trú trong một ngày ở mỗi chuyên khoa, mỗi cấp chăm sóc có khác nhau như sau (theo Journal Nursing Service, 1982 by Robert. LHanson).

- Số giờ chăm sóc trung bình cho một bệnh nhân nội khoa là 3,4 giờ/ ngày.
- Số giờ chăm sóc trung bình cho một bệnh nhân ngoại khoa là 3,5 giờ /ngày.
- Số giờ chăm sóc trung bình cho một bệnh nhân sản khoa là 2,8 giờ/ ngày.
- Số giờ chăm sóc trung bình cho một bệnh nhân nhi khoa là 4,6 giờ/ ngày.
- Số giờ chăm sóc trung bình cho một bệnh nhân hậu phẫu là 3 giờ/ ngày.
- Số giờ chăm sóc trung bình cho một bệnh nhân bệnh viện đa khoa là 3,5 giờ/ ngày.

Ví dụ: Giờ chăm sóc trung bình cho một người của Thụy Điển và Philippines.

Chuyên khoa	Thụy Điển (giờ)	Philippines (giờ)
Nội khoa	5,2	3,4
Ngoại khoa	5,5	3,4
Sản khoa	4,0	3,0
Nhi khoa	4,2	4,6

Theo khuyến cáo tại nghiên cứu của Th.s Trần Thị Thuận (Trường Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh, 2001) sau khi nghiên cứu thời gian chăm sóc cho bệnh nhân tại khoa hồi sức cấp cứu và khoa ngoại tổng quát tại một bệnh viện Trung ương đóng tại Thành Phố HCM là: số giờ chăm sóc trung bình/ ngày cho một bệnh nhân chăm sóc cấp 1 là 6 giờ (5 giờ trực tiếp, 1 giờ gián tiếp), cấp 2 là 3 giờ và cấp 3 là 2 giờ (trong đó có 0,5 giờ là chăm sóc gián tiếp).

5. Cách tính nhân lực

5.1. Ngày làm việc của một điều dưỡng trong năm

Theo Bộ Luật Lao động hiện thời tại các điều:

- Điều 68 quy định thời gian làm việc không quá 8 giờ/ ngày và 40 giờ/ tuần.
- Điều 71 quy định người làm việc 8 giờ liên tục được nghỉ ít nhất nửa giờ, tính vào giờ làm việc.
- Điều 73: người lao động được hưởng nguyên lương những ngày lễ tết.
- Điều 74: người lao động có 12 tháng được nghỉ phép năm.
- Điều 114: người lao động nữ được nghỉ trước và sau khi sinh con, cộng từ 4-6 tháng.
- Điều 115: không được phân công phụ nữ có thai từ tháng thứ 7 hoặc đang nuôi con làm thêm giờ, làm việc ban đêm và đi công tác xa.

Tổng số giờ chăm sóc trong một ngày = 117,5 h

Mỗi người làm việc 8 h/ 1 ngày vậy ta có:

Số nhân lực trong ngày = $117,5:8 \approx 15$

* Công thức tính số biên chế:

Để thường xuyên có 15 vị trí nhân lực làm việc hàng ngày thì thường áp dụng tỉ lệ cứ bố trí 3 biên chế vào 2 vị trí nhân lực để thay thế cho những người nghỉ phép, nghỉ ốm, nghỉ thai sản...

Vậy ta có công thức tính biên chế: $M \times 3/2$

Áp dụng công thức này ta có: $15 \times 3/2 \approx 22$

Như vậy ta cần biên chế 22 nhân viên để sắp xếp vào 15 vị trí công tác hàng ngày.

6. Xác định mô hình phân công chăm sóc

Điều 18 Thông tư số 07/2011/TT-BYT về hướng dẫn công tác điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh quy định:

(1) Bệnh viện căn cứ vào đặc điểm chuyên môn của từng khoa để áp dụng một trong các mô hình phân công chăm sóc sau đây:

a). Mô hình phân công điều dưỡng chăm sóc chính: Một điều dưỡng viên chịu trách nhiệm chính trong việc nhận định, lập kế hoạch chăm sóc, tổ chức thực hiện có sự trợ giúp của các điều dưỡng viên khác và theo dõi đánh giá cho một số người bệnh trong quá trình nằm viện.

b). Mô hình chăm sóc theo nhóm: Nhóm có từ 2-3 điều dưỡng viên chịu trách nhiệm chăm sóc một số người bệnh ở một đơn nguyên hay một số buồng bệnh.

c). Mô hình chăm sóc theo đội: Đội gồm bác sĩ, điều dưỡng viên và người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh khác chịu trách nhiệm điều trị, chăm sóc cho một số người bệnh ở một đơn nguyên hay một số buồng bệnh.

d). Mô hình phân công chăm sóc theo công việc: Mô hình này được áp dụng trong các trường hợp cấp cứu thảm họa hoặc ở chuyên khoa sâu đòi hỏi điều dưỡng chuyên khoa thực hiện kỹ thuật chăm sóc đặc biệt trên người bệnh.

(2) Bệnh viện tổ chức cho điều dưỡng viên làm việc theo ca tại các khoa, đặc biệt là ở các khoa Cấp cứu, khoa Hồi sức tích cực, khoa Phẫu thuật,... Mỗi ca làm việc áp dụng mô hình phân công chăm sóc phù hợp với đặc điểm chuyên môn của từng khoa.

7. Xây dựng lịch làm việc

7.1 Nguyên tắc chung khi xây dựng lịch làm việc

Công khai và công bằng những quy định về điều chỉnh lịch làm việc khi cần thiết

- Thông báo trước lịch công tác, lịch làm việc, hạn chế yêu cầu xin nghỉ đột xuất, trừ trường hợp đặc biệt (ốm, tai nạn... của bản thân hoặc vợ chồng, con cái, tứ thân phụ mẫu), phân bổ kế hoạch nghỉ phép cho nhân viên để đảm bảo ổn định nhân lực và nhân viên chủ động sắp xếp công việc gia đình.

- Bố trí nhân lực, cân đối với khối lượng công tác.

- Phân bổ đồng đều tổng số giờ làm việc giữa các nhân viên

- Phân bổ đồng đều “ngày tốt” “ngày xấu” giữa các nhân viên.

- Phân công mọi nhân viên theo mô hình chăm sóc đã chọn.

- Sơ kết, tổng kết những thuận lợi, khó khăn, thảo luận công khai, biện pháp giải quyết

7.2. Những điểm cần lưu ý

- Phân tích số liệu người bệnh, xác định khối lượng công việc ở các giai đoạn cao điểm và các giai đoạn xuống thấp.

- Căn cứ vào số lượng và trình độ nhân viên để xác định mô hình chăm sóc theo nhu cầu chăm sóc người bệnh.

- Xác định chu kỳ và thời gian phân công hoặc luân chuyển thích hợp để đảm bảo tính chăm sóc liên tục.

- Khi số lượng người bệnh quá tải, nhiều người bệnh nặng mà nhân lực thiếu do đột xuất (nhiều nhân viên cùng nghỉ một thời điểm), Điều dưỡng trưởng bệnh viện cần 1 trong những phương án sau:

+ Điều chỉnh nhân lực giữa các khoa để đảm bảo chăm sóc người bệnh

+ Tổ chức một nhóm nhân viên lưu động thuộc phòng Điều dưỡng quản lý để hỗ trợ.

+ Nhân viên biên chế đăng ký làm ngoài giờ, khi cần thì điều động đột xuất.

8. Điều chỉnh nhân lực trong Bệnh viện

8.1. Bố trí nhân lực của bệnh viện theo các khu vực

Theo Thông tư liên tịch số 08/2007/TTLT-BYT-BNV ngày 05-6-2007 Bộ Nội Vụ-Bộ Y Tề hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế nhà nước căn cứ vào:

STT	Cơ cấu	Tỷ lệ
A. Cơ cấu bộ phận		
1	Lâm sàng	60 - 65%
2	Cận lâm sàng và Dược	22 – 15%
3	Quản lý, hành chính	18 – 20%
B. Cơ cấu chuyên môn		
1	Bác sĩ/chức danh chuyên môn y tế khác (ĐD, KTV, Hộ sinh)	1/3 – 1/3,5
2	Dược sĩ đại học / Bác sĩ	1/8 – 1/1,5
3	Dược sĩ đại học/Dược sĩ trung học	1/2- 1/2,5

8.2. Nhân lực cho các phòng Điều dưỡng

01 Trưởng phòng.

01- 02 Phó trưởng phòng.

01 Điều dưỡng phụ trách khối ngoại sản.

01 Điều dưỡng phụ trách khối nội nhi.

01 Điều dưỡng phụ trách khối phòng khám.

Việc tính toán cụ thể nhân lực cho các phòng điều dưỡng phụ thuộc vào: hạng bệnh viện, trang thiết bị của bệnh viện, số giường bệnh và bệnh viện đa khoa hay chuyên khoa và do giám đốc bệnh viện quyết định.

8.3. Tỷ lệ bác sỹ và điều dưỡng

Theo quyết định số 1613/2003/QĐ - BHYT ngày 3/5/2002 của Bộ y tế về kế hoạch hành động quốc gia về tăng cường dịch vụ điều dưỡng hộ sinh giai đoạn 2002 – 2010, đảm bảo tỷ lệ 1 bác sỹ/2,5 – 3 điều dưỡng - hộ sinh hoặc 1 điều dưỡng – hộ sinh cho 2 giường bệnh.

Theo Quyết định số 2992/QĐ-BYT ngày 17/07/2015 của Bộ Y tế về phê duyệt kế hoạch phát triển nhân lực trong hệ thống khám bệnh chữa bệnh giai đoạn 2015 – 2020, đảm bảo chỉ tiêu 8 bác sỹ/ 16 điều dưỡng cho 10.000 dân.

Nguồn nhân lực Điều dưỡng- Hộ sinh, giai đoạn 2000 – 2006

So sánh tỷ lệ BS/ĐD & HS các nước khu vực	BS/ĐD & HS
1. Australia	1: 3.2
2. New Zealand	1: 4.0
3. Japan	1: 3.7
4. Singapore	1: 3.0
5. Philippines	1: 3.4
6. Hong Kong	1: 4.0
7. Laos PDR	1: 4.5
8. Việt Nam	1: 1.5

Nguồn: Nursing in the world, Third edition, WHO.

8.4. Phân bố tỷ lệ theo ca và theo người bệnh

* Phân bố theo ca: Đặc điểm hoạt động của bệnh viện là hoạt động liên tục 24/24 giờ vì vậy cần căn cứ vào khối lượng công việc, tính chất và chuyên môn để sắp xếp nhân lực vào các ca trong ngày cho hợp lý. Các nước bố trí nhân lực làm 3 ca theo tỷ lệ sau: ca sáng 45%, ca chiều 37% và ca đêm 18%.

* Phân bố theo người bệnh.

Khoa phòng	Tỷ lệ Điều dưỡng/người bệnh
Khoa khám	2.5 – 3 ĐD/100 BN
Khoa cấp cứu	4 ĐD/10 BN
Khoa nội – ngoại	2.5 -3 ĐD/24 BN
Khoa HSCC	4 ĐD/4 BN
Khoa sản	3 ĐD/4BN
Khoa phẫu thuật	4ĐD/2BN

Theo tiêu chuẩn của Thái Lan cho bệnh viện hạng 1 và hạng 2.

9. Tuyển dụng, tuyển chọn và sử dụng nhân viên

9.1. Tuyển dụng

Theo QĐ của Bộ Y tế (BYT) tuyển dụng theo các bước:

- Thu thập yêu cầu nhân lực từ khoa, phòng, đơn vị.
- Xem xét toàn bộ chỉ tiêu của BV.

- Chuẩn bị hồ sơ tuyển dụng: lý lịch, giấy khai sinh, giấy khám sức khỏe, bản sao bằng cấp có công chứng, đơn xin việc, hộ khẩu...

Hội đồng thi tuyển sẽ được thành lập theo quy định và do cấp có thẩm quyền ra quyết định:

- BV trực thuộc BYT: BYT ra quyết định.
- BV đa khoa tuyển tỉnh: SYT ra quyết định.
- Nội dung thi tuyển (theo CV số 7798/TCCB ngày 27/10/1995)

Thành phần của Hội đồng thi tuyển:

- Chủ tịch: GD hoặc PGD cơ quan.
- Ủy viên thường trực: Trưởng Phòng TCCB.
- Ủy viên: một công chức ở cơ quan cùng ngành, hai công chức cùng nghề

nhưng ngành cao hơn, trưởng bộ phận.

- Theo QĐ số 1895/1997BYT-QĐ ngày 19/9/1997 của BYT:

+ PDD kiểm tra tay nghề cho các ĐD, hộ sinh, KTV và Hộ lý trước khi tuyển dụng.

Điều 32 Luật Lao Động:

- Tiền lương của người lao động trong thời gian thử việc: 70% mức lương cấp bậc của công việc đó

- Thời gian thử việc:

+ Không quá 60 ngày/ lao động chuyên môn kỹ thuật cao

+ Không quá 30 ngày đối với lao động khác

9.2. Tuyển chọn:

Là xác định xem trong số ứng viên dự tuyển, ai là người có khả năng đem lại hiệu quả cao nhất trong vị trí cần tuyển. Vì vậy cần tìm ra nhiều tiêu chí/ chỉ số thích hợp.

9.3. Thử việc

Yêu cầu ứng viên thử việc trong một thời gian nhất định.

9.4. Đón tiếp và hòa nhập

Đón tiếp rất quan trọng với nhân viên mới cũng như với đơn vị tiếp nhận. Người phụ trách đơn vị đóng vai trò rất quan trọng trong vấn đề này.

Nhân viên mới: cảm giác đơn độc, tò mò, nhút nhát

Nhân viên cũ (đồng nghiệp) đứng ra giúp đỡ, đỡ đầu nhân viên mới là điều rất đáng khích lệ.

- Cần đưa nhân viên mới đi tham quan bệnh viện.
- Tổ chức lễ ra mắt nho nhỏ, đơn vị đón tiếp nên chú ý những đặc điểm khác nhau của nhân viên mới (tuổi tác, kinh nghiệm...) để tiếp đón phù hợp.
- Chương trình định hướng: cung cấp những thông tin chính yếu, cần thiết cho công việc của họ.

9.5. Hiểu biết và sử dụng nhân viên

Người quản lý cần hiểu nhân viên để có cách cư xử, sử dụng đúng người, đúng việc.

* Nguồn thông tin về nhân viên mới thông qua:

- Những cuộc tiếp xúc chính thức.
- Phản ứng trước một quyết định.
- Thái độ trung thực và đóng góp ý kiến trong các cuộc họp.
- Mối quan hệ với đồng nghiệp.

* Hệ thống loại hình NV:

+ Loại hình phân theo đường cong Gauss: chia làm 3 nhóm như sau:

- Nhóm người chờ thời.
- Nhóm nhỏ những người có nhiệt huyết.
- Nhóm người yếu kém.

+ Loại hình của Hersey và Blanchard: chia làm 4 mức độ trưởng thành:

Mức độ 1: Áp dụng cho:

- + Những n/v mới, thiếu can đảm hoặc không có hứng thú làm việc
- + Những n/v lâu năm không muốn làm việc

→ Phương pháp quản lý là ra mệnh lệnh, chỉ thị, kiểm tra trực tiếp

Nếu người quản lý nhu nhược hoặc xử lý chậm trễ, cái xấu sẽ ngày càng trầm trọng hơn, cần xóa bỏ cái xấu một cách triệt để

Mức độ 2: Áp dụng cho:

+ Những n/v biết nghe, dễ thuyết phục. Họ cần được động viên khen ngợi khi có tiến bộ. Người quản lý cần khuyến khích để họ tự nêu ra điều họ muốn, lắng nghe họ nhưng người quản lý phải là người quyết định cuối cùng.

+ Những cộng sự lâu năm và trung thành, có thiện chí nhưng thiếu năng lực nên giao những việc thứ yếu, cho họ những chỉ thị chính xác, động viên họ khi có dịp.

Mức độ 3: Áp dụng cho:

+ Những cộng sự đã có chút ít kinh nghiệm nhưng vì nhiều lý do không nhiệt tình tham gia, không hết mình với đơn vị, người quản lý cần mở rộng phạm vi hoạt động của họ, khuyến khích họ phát huy sáng kiến, cư xử tế nhị và động viên họ hòa nhập với tổ chức.

Mức độ 4: Áp dụng cho

+ Những người đầu tầu gương mẫu, người quản lý phải hết sức tin tưởng vào họ, giao phó trách nhiệm... nhưng cũng có lúc cần điều hòa sự nhiệt huyết của họ, tránh nảy sinh các tình huống xung đột.

Loại nhân viên này bao gồm các nhân viên trẻ, có năng lực, nhiều tham vọng, luôn nung nấu muốn làm việc tốt nhưng đôi khi chưa khéo léo mà đồng nghiệp kỳ cựu thường cho là “dạy khôn”

Trên thực tế khi quản lý nhân lực, người quản lý cần áp dụng những kiến thức về quản lý, về phân loại nhân viên để có phương pháp quản lý thích hợp, hiệu quả sao cho nhân viên dưới quyền *thêm hứng thú làm việc* để đạt được năng suất lao động cao.

10. Đánh giá, khuyến khích nhân viên

Thường người lao động có 2 đặc tính quan trọng (có thể thay đổi theo môi trường lao động):

- **Tính tích cực:** Khi người lao động thoả mãn:

+ Tiền công lao động cao.

+ Công việc lao động phù hợp.

+ Quyền lợi vật chất và tinh thần được quan tâm.

+ Điều kiện lao động được đảm bảo.

+ Được người quản lý đánh giá trung thực và công bằng.

- **Tính tiêu cực hay lười biếng:**

+ Khi người lao động không được chú ý đầy đủ, dễ sinh tiêu cực, lười biếng.

+ Người lao động sẽ có những đối sách để chống lại người quản lý → Năng suất lao động sẽ thấp

Đánh giá nhân viên:

ĐDTK đánh giá định kỳ hàng tháng, hàng quý sự hoàn thành nhiệm vụ của nhân viên dưới quyền dựa vào bảng mô tả công việc, bảng chấm công, mức độ hoàn thành công việc... để bình xét khen thưởng, kỷ luật, tăng lương... cho nhân viên.

Khi nhận xét, ĐDTK cần trao đổi trực tiếp với từng nhân viên kể cả ưu và nhược điểm → **giúp nhân viên phát huy ưu điểm và khắc phục những thiếu sót.**

Khuyến khích nhân viên:

Con người thường thích khen hơn là chê, dù chỉ là lời nói → người quản lý phải theo dõi sát người lao động dù là việc nhỏ để động viên kịp thời. Lưu ý tùy hiệu quả công việc, ngoài việc khen cần phải có phần thưởng có giá trị kinh tế cho thích đáng, đúng với sức lao động mà họ cống hiến.

Tuy nhiên cũng phải phê bình, phạt thích đáng khi họ vi phạm nội quy, quy chế.

Thưởng phạt công minh

Để tăng năng suất lao động:

- Cần đào tạo liên tục cho nhân viên theo quy định.
- Cử cán bộ tham quan, học tập những kỹ thuật mới và cao.
- Tổ chức hội thảo, hội nghị chuyên đề để nâng cao tay nghề, trình độ cho nhân viên.

- Tạo điều kiện, phát huy và khuyến khích đọc tài liệu, áp dụng công nghệ mới vào chẩn đoán, điều trị và chăm sóc hầu phát huy hết khả năng, trí tuệ của họ.

Làm tốt công tác kiểm tra, thưởng, phạt, khen, chê đúng, trung thực, công bằng → tác dụng rất lớn đối với người lao động và chắc chắn hiệu quả lao động sẽ được nâng cao.

11. Một số quy định liên quan đến công tác quản lý nhân lực

11.1. Làm thêm giờ

Theo điều 4 Nghị định số 45/2013/NĐ-CP ngày 10/05/2013 quy định:

a. Số giờ làm thêm trong ngày được quy định như sau:

- Không quá 50% số giờ làm việc bình thường trong 01 ngày; khi áp dụng quy định làm việc theo tuần thì tổng số giờ làm việc bình thường và số giờ làm thêm không quá 12 giờ trong 01 ngày.
- Không quá 12 giờ trong 01 ngày khi làm thêm vào ngày nghỉ lễ, tết và ngày nghỉ hằng tuần.

b. Việc tổ chức làm thêm từ trên 200 giờ đến 300 giờ trong một năm được quy định như sau:

- Các trường hợp sau đây được tổ chức làm thêm:

+ Sản xuất, gia công xuất khẩu sản phẩm là hàng dệt, may, da, giày, chế biến nông, lâm, thủy sản;

+ Sản xuất, cung cấp điện, viễn thông, lọc dầu; cấp, thoát nước;

+ Các trường hợp khác phải giải quyết công việc cấp bách, không thể trì hoãn.

- Khi tổ chức làm thêm giờ, người sử dụng lao động phải thông báo bằng văn bản cho cơ quan chuyên môn giúp Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương quản lý nhà nước về lao động tại địa phương.

c. Thời gian nghỉ bù quy định tại *Điểm c Khoản 2 Điều 106 của Bộ luật lao động - Luật số 10/2012/QH13* như sau:

- Sau mỗi đợt làm thêm tối đa 07 ngày liên tục trong tháng, người sử dụng lao động phải bố trí để người lao động nghỉ bù số thời gian đã không được nghỉ.

- Trường hợp không bố trí nghỉ bù đủ số thời gian thì phải trả lương làm thêm giờ theo quy định tại *Điều 97 của Bộ luật lao động*.

11.2. Thưởng cho người lao động

Căn cứ Luật tổ chức Chính phủ ngày 19 tháng 6 năm 2015;

Căn cứ Luật thi đua, khen thưởng ngày 26 tháng 11 năm 2003; Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật thi đua, khen thưởng ngày 14 tháng 6 năm 2005 và Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật thi đua, khen thưởng ngày 16 tháng 11 năm 2013

11.2.1. Danh hiệu “Chiến sĩ thi đua”

- Danh hiệu “Chiến sĩ thi đua toàn quốc” được xét tặng cho cá nhân có thành tích tiêu biểu xuất sắc nhất được lựa chọn trong số những cá nhân có hai lần liên tục đạt danh hiệu Chiến sĩ thi đua cấp bộ, ban, ngành, tỉnh, đoàn thể trung ương.

Sáng kiến (là giải pháp kỹ thuật, giải pháp quản lý, giải pháp công tác, giải pháp tác nghiệp, giải pháp ứng dụng tiến bộ kỹ thuật) hoặc đề tài nghiên cứu khoa học, để làm căn cứ xét tặng danh hiệu “Chiến sĩ thi đua toàn quốc” phải được áp dụng thực tiễn đạt hiệu quả cao và có phạm vi ảnh hưởng trong toàn quốc. Sự mưu trí, sáng tạo trong chiến đấu, phục vụ chiến đấu (đối với Lực lượng vũ trang) phải đạt hiệu quả cao và có phạm vi ảnh hưởng trong toàn quốc.

Việc công nhận hiệu quả áp dụng và phạm vi ảnh hưởng của sáng kiến, đề tài nghiên cứu khoa học do người đứng đầu bộ, ban, ngành, tỉnh, đoàn thể trung ương xem xét, công nhận. Việc công nhận mưu trí, sáng tạo trong chiến đấu, phục vụ chiến đấu và phạm vi ảnh hưởng do Bộ trưởng Bộ Công an hoặc Bộ trưởng Bộ Quốc phòng xem xét, công nhận.

- Danh hiệu Chiến sỹ thi đua cấp bộ, ban, ngành, tỉnh, đoàn thể trung ương được xét tặng cho cá nhân có thành tích tiêu biểu xuất sắc trong số những cá nhân có ba lần liên tục đạt danh hiệu “Chiến sỹ thi đua cơ sở”.

Sáng kiến, đề tài nghiên cứu khoa học để làm căn cứ xét tặng danh hiệu Chiến sỹ thi đua cấp bộ, ban, ngành, tỉnh, đoàn thể trung ương do người đứng đầu bộ, ban, ngành, tỉnh, đoàn thể trung ương xem xét, công nhận. Sự mưu trí, sáng tạo trong chiến đấu, phục vụ chiến đấu do Bộ trưởng Bộ Công an hoặc Bộ trưởng Bộ Quốc phòng xem xét, công nhận.

- Danh hiệu “Chiến sỹ thi đua cơ sở” được xét tặng hàng năm cho cá nhân đạt các tiêu chuẩn sau:

- a) Đạt tiêu chuẩn danh hiệu “Lao động tiên tiến” hoặc “Chiến sỹ tiên tiến”;
- b) Có sáng kiến để tăng năng suất lao động, tăng hiệu quả công tác được cơ sở công nhận hoặc có đề tài nghiên cứu khoa học đã nghiệm thu được áp dụng tại cơ quan, tổ chức, đơn vị hoặc mưu trí, sáng tạo trong chiến đấu, phục vụ chiến đấu, hoàn thành xuất sắc nhiệm vụ được đơn vị công nhận.

Tỷ lệ cá nhân được công nhận danh hiệu “Chiến sỹ thi đua cơ sở” do bộ, ban, ngành, tỉnh, đoàn thể trung ương căn cứ vào tình hình thực tiễn quy định cho phù hợp, nhưng không quá 15% tổng số cá nhân đạt danh hiệu “Lao động tiên tiến” hoặc danh hiệu “Chiến sỹ tiên tiến”.

11.2.2. Danh hiệu “Lao động tiên tiến”, “Chiến sỹ tiên tiến”

- Tiêu chuẩn xét tặng danh hiệu “Lao động tiên tiến”, “Chiến sỹ tiên tiến” thực hiện theo quy định tại Điều 24 của Luật thi đua, khen thưởng.

- Cá nhân tham gia chiến đấu, phục vụ chiến đấu hoặc có hành động dũng cảm cứu người, cứu tài sản của Nhà nước, của nhân dân dẫn đến bị thương tích cần điều trị, điều dưỡng theo kết luận của cơ sở y tế cấp huyện hoặc tương đương trở lên thì thời gian

điều trị, điều dưỡng được tính để bình xét tặng danh hiệu “Lao động tiên tiến”, “Chiến sĩ tiên tiến”.

- Cá nhân được cử tham gia đào tạo, bồi dưỡng ngắn hạn dưới 01 năm, chấp hành tốt quy định của cơ sở đào tạo, bồi dưỡng thì thời gian học tập được tính vào thời gian công tác tại cơ quan, tổ chức, đơn vị để được bình xét danh hiệu “Lao động tiên tiến”, “Chiến sĩ tiên tiến”. Trường hợp cá nhân được cử tham gia đào tạo, bồi dưỡng từ 01 năm trở lên, chấp hành tốt quy định của cơ sở đào tạo, bồi dưỡng, có kết quả học tập từ loại khá trở lên thì được tính để xét tặng danh hiệu “Lao động tiên tiến”, “Chiến sĩ tiên tiến”.

- Thời gian nghỉ thai sản theo, quy định được tính để bình xét tặng danh hiệu “Lao động tiên tiến”, “Chiến sĩ tiên tiến”.

- Đối với cá nhân chuyển công tác, cơ quan, tổ chức, đơn vị mới có trách nhiệm bình xét, tặng danh hiệu “Lao động tiên tiến”, “Chiến sĩ tiên tiến” (trường hợp có thời gian công tác ở cơ quan cũ từ 06 tháng trở lên phải có ý kiến nhận xét của cơ quan cũ).

- Trường hợp cá nhân được điều động, biệt phái đến cơ quan, tổ chức, đơn vị khác trong một thời gian nhất định thì việc bình xét tặng danh hiệu “Lao động tiên tiến”, “Chiến sĩ tiên tiến” do cơ quan, tổ chức, đơn vị điều động, biệt phái xem xét quyết định và được cơ quan, tổ chức, đơn vị tiếp nhận cá nhân được điều động, biệt phái xác nhận.

- Không xét tặng danh hiệu “Lao động tiên tiến”, “Chiến sĩ tiên tiến” đối với các cá nhân mới tuyển dụng dưới 10 tháng; bị kỷ luật từ hình thức khiển trách trở lên.

11.3. Các hình thức kỷ luật

Cơ sở pháp lý kỷ luật lao động là Bộ luật lao động 2012

a) Xử lý kỷ luật lao động bằng hình thức khiển trách

Có thể khiển trách bằng miệng hoặc bằng văn bản đối với trường hợp vi phạm lần đầu, ở mức độ nhẹ, hoặc theo Nội quy lao động và Thỏa ước lao động nếu có quy định.

b) Xử lý kỷ luật lao động bằng hình thức kéo dài thời hạn nâng lương không quá 06 tháng; cách chức

Hình thức xử lý kỷ luật lao động này áp dụng đối với người lao động đã bị khiển trách bằng văn bản mà tái phạm trong thời hạn 03 tháng kể từ ngày xảy ra hành vi vi phạm, hoặc theo quy định trong Nội quy lao động và Thỏa ước lao động.

c) Xử lý kỷ luật lao động bằng hình thức sa thải

Người sử dụng lao động có thể áp dụng hình thức sa thải trong những trường hợp sau đây:

- Người lao động có hành vi trộm cắp, tham ô, đánh bạc
- Người lao động có hành vi cố ý gây thương tích cho người khác
- Người lao động có hành vi dùng ma túy tại nơi làm việc
- Người lao động có hành vi tiết lộ bí mật kinh doanh, bí mật công nghệ, xâm phạm quyền sở hữu trí tuệ
- Người lao động có hành vi có hành vi gây thiệt hại nghiêm trọng hoặc đe dọa gây thiệt hại đặc biệt đến người sử dụng lao động
- Người lao động bị xử lý kỷ luật kéo dài thời hạn nâng lương mà tái phạm trong thời gian chưa xóa kỷ luật hoặc bị xử lý kỷ luật cách chức mà bị tái phạm.
- Người lao động có hành vi tự ý bỏ việc 05 ngày cộng dồn trong 01 tháng hoặc 20 ngày trong 01 năm mà không có lý do chính đáng. Lý do chính đáng được quy định như sau:
 - Nghỉ việc do thiên tai, hỏa hoạn, do các trường hợp bất khả kháng theo quy định của pháp luật.
 - Nghỉ việc do bản thân, tứ thân phụ mẫu, con cái (con đẻ, con nuôi hợp pháp) ốm. Người lao động phải xuất trình giấy xác nhận của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh về tình trạng ốm đau đó.
 - Các trường hợp khác được quy định trong nội quy lao động hoặc thỏa ước lao động tập thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quản lý bệnh viện – Bộ Y Tế – trang 191 - 206
2. Luật số 35/2002/QH10 ngày 02 tháng 4 năm 2002 về sửa đổi, bổ sung một số điều của Bộ luật lao động quy định
3. Thông tư liên tịch số 08/2007/TTLT-BYT-BNV ngày 5/6/2007 của Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Nội vụ về Hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế Nhà nước để bảo đảm chăm sóc người bệnh liên tục.
4. Nghị định số 115/2003/NĐ-CP về chế độ công chức dự bị
5. Nghị định số 116/2003/NĐ-CP về việc tuyển dụng, sử dụng và quản lý cán bộ công

chức trong các đơn vị sự nghiệp của Nhà nước

6. Nghị định số 117/2003/NĐ-CP về việc tuyển dụng, sử dụng cán bộ công chức, viên chức.

7. TT 07/2011/TT-BYT ngày 26 tháng 01 năm 2011: Hướng dẫn công tác Điều Dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn 1 câu trả lời ĐÚNG hoặc ĐÚNG NHẤT cho các câu hỏi bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu tiên câu trả lời được chọn:

Câu 1. Quản lý nhân lực là quá trình:

- A. Thỏa mãn nhu cầu của tổ chức và người lao động
- B. Thỏa mãn nhu cầu của người lao động
- C. Thỏa mãn nhu cầu tổ chức sử dụng lao động
- D. Sử dụng nhân lực một cách hợp lý

Câu 2. Tầm quan trọng của công tác quản lý nhân lực là:

- A. Sử dụng kinh phí hợp pháp
- B. Tiết kiệm thời gian làm việc
- C. Thúc đẩy động cơ làm việc
- D. Nâng cao nhận thức nghề nghiệp

Câu 3. Khó khăn chủ yếu trong việc xây dựng bản mô tả công việc là:

- A. Thiếu nhà thiết kế quy định, quy trình chuẩn
- B. Thiếu kinh phí xây dựng quy trình
- C. Thiếu chỉ đạo từ cấp trên
- D. Nhân viên không đáp ứng chuyên môn

Câu 4. Khó khăn trong công tác đào tạo kiến thức, kỹ năng và thái độ cho điều dưỡng mới tuyển dụng là thiếu:

- A. Chương trình và nội dung đào tạo bắt buộc
- B. Kinh phí và nội dung đào tạo
- C. Bản mô tả công việc
- D. Quy trình đào tạo chuẩn mực.

Câu 5. Để giúp công việc chăm sóc người bệnh đạt hiệu quả, điều dưỡng trưởng khoa nên sắp xếp nhân lực điều dưỡng trong khoa theo nguyên tắc sau:

- A. Những người chăm chỉ làm cùng nhau
- B. Người chăm chỉ cùng với người không chăm chỉ.
- C. Người cẩn thận cùng nhóm với nhau
- D. Người cùng trình độ cùng nhóm với nhau.

Câu 6.Theo dõi ngày công của nhân viên trong khoa là công việc điển hình của:

- A. Bác sỹ trưởng khoa
- B. Bác sỹ phó khoa
- C. Điều dưỡng hành chính
- D. Điều dưỡng trưởng khoa

Câu 7. Công cụ tốt nhất để đánh giá nhân viên là:

- A. Bản tự nhận xét cá nhân
- B. Bộ công cụ đánh giá chất lượng công việc
- C. Bản mô tả công việc của từng vị trí
- D. Báo cáo kết quả thực hiện công việc

Câu 8. Tại khoa Nhi, bệnh viện M, có 16 điều dưỡng được phân bố làm việc tại khoa điều trị nội trú và phòng khám. Để phân bố số điều dưỡng cho phù hợp, điều dưỡng trưởng khoa Nhi phải căn cứ vào:

- A. Số lượng và năng lực của điều dưỡng và tính chất bệnh trong ngày
- B. Trang thiết bị trong khoa, số lượng và tính chất bệnh trong ngày
- C. Năng lực của điều dưỡng và số lượng bệnh nhân trong ngày
- D. Trang thiết bị, số lượng điều dưỡng và số lượng bệnh trong ngày

Câu 9. Khoa Nội, bệnh viện H có 10 điều dưỡng viên và 2 điều dưỡng học việc. Để xây dựng lịch trực và theo dõi ngày công của 12 điều dưỡng trong khoa, điều dưỡng trưởng khoa Nội phải dựa vào chỉ số sau:

- A. Tổng số điều dưỡng đi làm trong một tuần
- B. Tổng số giờ thừa, thiếu của một điều dưỡng trong một năm
- C. Kế hoạch nghỉ bù, nghỉ phép của điều dưỡng trong một quý
- D. Tổng số giờ làm việc của một điều dưỡng trong một tháng

Câu 10. Tại khoa Truyền nhiễm bệnh viện K, số người bệnh sốt xuất huyết được nhập viện gia tăng lên đến 70 người bệnh trong 1 ngày, trong khi chỉ có 6 điều dưỡng chăm sóc. Do đó, điều dưỡng trưởng khoa đã đề xuất với Phòng Điều dưỡng bệnh viện điều động thêm người hỗ trợ. Vậy để việc điều động số điều dưỡng phù hợp thì điều dưỡng trưởng khoa phải cập nhật hàng ngày lên Phòng điều dưỡng những thông tin về:

- A. Nhân lực và thông tin trực hàng ngày
- B. Số nhân lực và tình trạng người bệnh nặng
- C. Số người làm việc và số người trực trong khoa
- D. Số nhân lực nghỉ phép, nghỉ ốm trong khoa

BÀI 7. CHĂM SÓC TOÀN DIỆN VÀ CÁC MÔ HÌNH

PHÂN CÔNG CHĂM SÓC

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được định nghĩa, mục đích, nguyên tắc và nội dung chăm sóc toàn diện.
2. Phân tích được các ưu nhược điểm của các mô hình phân công chăm sóc.
3. Trình bày nội dung chăm sóc toàn diện theo thông tư 07/TT-BYT “Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện”.
4. Lựa chọn được mô hình chăm sóc phù hợp với điều kiện thực tế của đơn vị.
5. Thể hiện tính tự chủ trong học tập, tìm kiếm thông tin, tài liệu và sử dụng thông tin, tài liệu tìm được để lựa chọn được mô hình chăm sóc phù hợp với điều kiện thực tế của đơn vị.

NỘI DUNG

1. Đặt vấn đề

- Sức khỏe không chỉ là trạng thái không bệnh tật mà còn là trạng thái hoàn toàn thoải mái về thể chất, tinh thần và xã hội. Nói đến chăm sóc sức khỏe, không thể không nhắc tới vai trò của người điều dưỡng và nghề điều dưỡng. Điều dưỡng là lực lượng chính mang dịch vụ chăm sóc sức khỏe tới cộng đồng, tới vùng khó khăn, vùng dân tộc ít người, vùng xa xôi hẻo lánh. Tổ chức Y tế Thế giới đánh giá dịch vụ chăm sóc sức khỏe do người điều dưỡng-hộ sinh cung cấp là trụ cột của hệ thống y tế.

- Tổ chức chăm sóc người bệnh tốt sẽ tăng hiệu quả chăm sóc của điều dưỡng-hộ sinh tới người bệnh. Điều dưỡng của các nước trên thế giới đang thực hiện mô hình chăm sóc toàn diện với những tên gọi khác nhau như: holistic nursing, comprehency nursing care, total nursing care và people centred care. Dù lấy tên nào đi chăng nữa thì mục tiêu của chăm sóc điều dưỡng là an toàn, chất lượng, toàn diện và liên tục.

- Để thực hiện chăm sóc người bệnh toàn diện, từ năm 1993 đến nay, Bộ Y tế đã ban hành nhiều văn bản chỉ đạo. Đầu tiên là Quyết định 526/QĐ-BYT (năm 1993) ban hành chế độ trách nhiệm của Y tá trong chăm sóc người bệnh tại bệnh viện. Tiếp đó là Thông tư 11/1996/TT-BYT (1996) hướng dẫn thực hiện chăm sóc người bệnh toàn diện

và củng cố hệ thống y tá-điều dưỡng trưởng. Năm 1997, tại Quy chế bệnh viện, Bộ Y tế đã quy định Quy chế chăm sóc người bệnh toàn diện. Năm 2003, nhằm tăng cường công tác chăm sóc và củng cố hệ thống điều dưỡng trưởng, Bộ trưởng Bộ Y tế đã ban hành Chỉ thị 05/2003/CT-BYT về việc tăng cường chăm sóc người bệnh tại các bệnh viện. Hiện nay, Bộ Y tế đang cập nhật, bổ sung và xây dựng Thông tư hướng dẫn chăm sóc người bệnh, bao gồm cả chăm sóc toàn diện. Thông tư này quy định khi thực hành chăm sóc-điều dưỡng, người điều dưỡng-hộ sinh phải có kiến thức về luật pháp để thực hiện các điều khoản về quyền của người bệnh, nghĩa vụ và trách nhiệm của người hành nghề khám chữa bệnh của Luật khám bệnh, chữa bệnh để hoàn thành nghĩa vụ nghề nghiệp của mình và chăm sóc họ theo khía cạnh chăm sóc người bệnh toàn diện.

2. Khái niệm, mục đích và nội dung chăm sóc người bệnh toàn diện

2.1. Khái niệm

Chăm sóc người bệnh toàn diện là sự hỗ trợ, đáp ứng các nhu cầu cơ bản của mỗi người bệnh nhằm duy trì hô hấp, tuần hoàn, thân nhiệt, ăn uống, bài tiết, tư thế, vận động, vệ sinh cá nhân, ngủ, nghỉ, những chăm sóc về tâm lý cho người bệnh, hỗ trợ điều trị và tránh nguy cơ có hại từ môi trường bệnh viện.

2.2. Mục đích

- Đáp ứng nhu cầu cơ bản của người bệnh bao gồm nhu cầu thể chất, tinh thần, niềm tin và kiến thức về bệnh tật của bản thân người bệnh.
- Bảo đảm an toàn cho người bệnh.
- Tăng cường chất lượng dịch vụ chăm sóc, điều trị cho người bệnh.

2.3. Nguyên tắc

- Chăm sóc điều dưỡng người bệnh là nhiệm vụ của bệnh viện, các hoạt động chăm sóc do điều dưỡng viên, hộ sinh viên thực hiện và chịu trách nhiệm.
- Lấy người bệnh là trung tâm, các hoạt động, dịch vụ chăm sóc điều dưỡng dựa trên đánh giá các nhu cầu của người bệnh và hướng về người bệnh để phục vụ.
- Người bệnh được chăm sóc an toàn, liên tục và có chất lượng.

2.4. Nội dung chăm sóc toàn diện

2.4.1. Tư vấn, hướng dẫn giáo dục sức khỏe

Tư vấn, hướng dẫn giáo dục sức khỏe tại bệnh viện được đặt ở vị trí đầu tiên trong nhiệm vụ chăm sóc toàn diện của bệnh viện. Để thực hiện tốt nhiệm vụ này, bệnh

viện cần có quy định và tổ chức các hình thức tư vấn, truyền thông, giáo dục sức khỏe phù hợp. Người bệnh nằm viện cần được điều dưỡng viên, hộ sinh viên hướng dẫn phương pháp tự chăm sóc, theo dõi, phòng bệnh trong thời gian nằm viện và sau khi ra viện.

2.4.2. Chăm sóc về tinh thần

- Mỗi cá thể được cấu thành bởi các thành phần thể chất, tinh thần, trí tuệ. Một con người sống và tồn tại một cách mạnh khỏe bởi các thành phần trên khỏe mạnh và các yếu tố xã hội xung quanh tác động tích cực. Thông thường, hầu hết các lý do khiến một người bệnh tới bệnh viện để khám bệnh, điều trị là những dấu hiệu triệu chứng về thể chất. Nhưng có tới 60% người bệnh không cần điều trị bằng thuốc cũng tự khỏi bệnh. Điều này liên quan đến yếu tố tinh thần của người bệnh. Vì vậy, chăm sóc tinh thần cho người bệnh cần lưu ý: Quan tâm đến người bệnh, động viên, an ủi người bệnh; Giải đáp những băn khoăn, thắc mắc của người bệnh; Hướng dẫn để người bệnh thích nghi với môi trường bệnh viện.

- Để chăm sóc tinh thần người bệnh hiệu quả, ngay từ khi người bệnh tới khám và điều trị tại bệnh viện, điều dưỡng viên, hộ sinh viên cần nhận định và chăm sóc về tinh thần thích hợp với từng trường hợp cụ thể để bảo đảm người bệnh an tâm điều trị.

2.4.3. Chăm sóc vệ sinh cá nhân

- Khi vào điều trị tại bệnh viện, người bệnh ở những tình trạng bệnh lý, tình trạng thể chất khác nhau, điều dưỡng viên, hộ sinh viên cần phối hợp với bác sĩ điều trị để đánh giá, phân cấp chăm sóc cho mỗi người bệnh; hỗ trợ hoặc thực hiện chăm sóc vệ sinh cá nhân cho người bệnh hằng ngày gồm: rửa mặt, vệ sinh răng miệng, lau người, gội đầu, hỗ trợ đại, tiểu tiện và thay đổi đồ vải.

- Người bệnh chăm sóc cấp I: điều dưỡng và nhân viên y tế được đào tạo phải thực hiện chăm sóc cho người bệnh. Người bệnh chăm sóc cấp II và cấp III là người bệnh có khả năng tự phục vụ nên điều dưỡng viên, hộ sinh viên thực hiện tư vấn giáo dục sức khỏe và hỗ trợ người bệnh khi cần thiết.

2.4.4. Chăm sóc dinh dưỡng

- Chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh là một nội dung quan trọng, không thể thiếu được. Phải coi dinh dưỡng cho người bệnh là một phần của điều trị, ngang với điều

trị bằng thuốc và điều trị tinh thần. Điều dưỡng viên, hộ sinh viên cần phối hợp với bác sĩ điều trị để đánh giá, xác định nhu cầu dinh dưỡng của người bệnh.

- Hàng ngày người bệnh cần được chỉ định và thực hiện chế độ nuôi dưỡng bằng chế độ ăn phù hợp với bệnh lý. Khi người bệnh không tự phục vụ ăn uống được, người điều dưỡng hoặc hộ sinh hoặc nhân viên y tế cần hỗ trợ họ ăn uống khi.

- Đối với người bệnh có chỉ định ăn qua ống thông do điều dưỡng viên, hộ sinh viên trực tiếp thực hiện. Người bệnh có chế độ ăn bệnh lý phải được theo dõi, đánh giá tình trạng dinh dưỡng, sự tuân thủ chế độ ăn, uống và kết quả theo dõi được ghi vào Phiếu chăm sóc.

2.4.5. Chăm sóc phục hồi chức năng

- Người bệnh nằm lâu, người bệnh có dấu hiệu suy giảm hoặc mất các chức năng vận động phải được hướng dẫn, hỗ trợ luyện tập và phục hồi chức năng sớm để đề phòng các biến chứng và phục hồi các chức năng của cơ thể.

- Điều dưỡng và hộ sinh cần đề xuất với bác sĩ điều trị mời và phối hợp với khoa (đơn vị) Vật lý trị liệu - Phục hồi chức năng để đánh giá, tư vấn, hướng dẫn và thực hiện các kỹ thuật luyện tập, phục hồi chức năng cho người bệnh.

2.4.6. Chăm sóc người bệnh có chỉ định phẫu thuật, thủ thuật

Người bệnh có chỉ định phẫu thuật hoặc thủ thuật phải điều dưỡng viên, hộ sinh viên cần:

- Động viên, hướng dẫn những điều cần thiết cho người bệnh hiểu và hợp tác trong quá trình điều trị.

- Chuẩn bị người bệnh hoặc hỗ trợ người bệnh thực hiện công tác chuẩn bị trước phẫu thuật, thủ thuật như: vệ sinh cá nhân, vệ sinh vùng phẫu thuật, thủ thuật và các chuẩn bị khác theo yêu cầu của chuyên khoa và của bác sĩ điều trị.

- Trước khi đưa người bệnh đi phẫu thuật, thủ thuật, điều dưỡng viên, hộ sinh viên phải: Kiểm tra và hoàn thiện thủ tục hành chính, Kiểm tra lại công tác chuẩn bị người bệnh, Đánh giá dấu hiệu sinh tồn, tình trạng người bệnh và báo cáo lại cho bác sĩ điều trị nếu người bệnh có diễn biến bất thường.

- Điều dưỡng viên, hộ sinh viên chuyển người bệnh đến nơi làm phẫu thuật, thủ thuật và bàn giao người bệnh, hồ sơ bệnh án cho người được phân công chịu trách nhiệm tiếp nhận người bệnh của đơn vị thực hiện phẫu thuật hoặc thủ thuật.

2.4.7. Dùng thuốc và theo dõi dùng thuốc cho người bệnh

Dùng thuốc cho người bệnh là nhiệm vụ không thể thiếu được với bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh và dược sĩ. Nhằm tăng hiệu quả của điều trị bằng thuốc và hạn chế sai sót trong chỉ định và sử dụng thuốc cho người bệnh, các bác sĩ, dược sĩ, điều dưỡng viên, hộ sinh viên cần phối hợp trong chỉ định, sử dụng thuốc nhằm đảm bảo nguyên tắc sau đây:

- Người bệnh cần được dùng thuốc đúng theo đơn thuốc của bác sĩ điều trị.
- Điều dưỡng viên, hộ sinh viên kiểm tra chất lượng thuốc, hạn dùng của thuốc và thực hiện 5 đúng khi dùng thuốc cho người bệnh: đúng người bệnh, đúng thuốc, đúng liều lượng, đúng đường dùng, đúng thời gian dùng thuốc; khi dùng thuốc cho người bệnh, điều dưỡng viên, hộ sinh viên bảo đảm người bệnh uống thuốc ngay tại giường bệnh.
- Theo dõi, phát hiện các tác dụng không mong muốn, tai biến và báo cáo kịp thời cho bác sĩ điều trị.
- Bệnh viện có quy định và thực hiện hình thức công khai thuốc phù hợp cho người bệnh và gia đình người bệnh.
- Khoa Dược cung cấp thuốc dùng cho người bệnh tại khoa điều trị.

2.4.8. Chăm sóc điều dưỡng người bệnh giai đoạn cuối và người bệnh tử vong

Người bệnh giai đoạn cuối có nhiều khó khăn và cần sự trợ giúp cả về vấn đề thể chất, tinh thần và xã hội. Để thực hiện tốt nhiệm vụ này, nhân viên y tế cần thực hiện:

- Bố trí buồng bệnh thích hợp, thuận tiện cho chăm sóc, điều trị người bệnh ở giai đoạn cuối và tránh ảnh hưởng đến người bệnh khác.
- Điều dưỡng viên, hộ sinh viên cần thực hiện các chăm sóc giảm nhẹ cho người bệnh như: động viên, an ủi, giảm đau...
- Thông báo và giải thích với người nhà về tình trạng của người bệnh và tạo điều kiện để người nhà người bệnh ở bên cạnh người bệnh.
- Động viên, an ủi người bệnh và người nhà của người bệnh
- Vệ sinh tử thi và thực hiện các thủ tục đối với người bệnh tử vong theo quy định tại điều 65 của Luật Khám bệnh và chữa bệnh.

2.4.9. Thực hiện các kỹ thuật điều dưỡng

- Thực hiện các kỹ thuật điều dưỡng là nhiệm vụ cơ bản của điều dưỡng, hộ sinh. Để thực hiện tốt nhiệm vụ này, các bệnh viện có các quy định, quy trình kỹ thuật chuyên môn phù hợp, cập nhật trên cơ sở các quy định, hướng dẫn của Bộ Y tế.

- Mỗi điều dưỡng viên, hộ sinh viên phải tuyệt đối tuân thủ quy trình kỹ thuật chuyên môn, kỹ thuật vô khuẩn, các biện pháp phòng ngừa và theo dõi phát hiện kịp thời các sai sót, tai biến có thể xảy ra trước và trong khi thực hiện các kỹ thuật điều dưỡng.

- Các dụng cụ phục vụ kỹ thuật, thủ thuật xâm lấn phải đảm bảo vô khuẩn và được xử lý theo quy định về Hướng dẫn thực hiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2.4.10. Theo dõi, đánh giá người bệnh

- Điều dưỡng viên, hộ sinh viên khoa Khám bệnh có trách nhiệm tiếp nhận, đánh giá ban đầu ngay từ khi người bệnh tới khoa khám bệnh để sắp xếp theo mức độ ưu tiên và theo thứ tự khám bệnh.

- Khi người bệnh nhập viện vào các khoa, điều dưỡng viên, hộ sinh viên nhận định nhu cầu chăm sóc để thực hiện những can thiệp chăm sóc điều dưỡng phù hợp. Người bệnh được đánh giá, theo dõi diễn biến bệnh, mức độ đau, diễn biến tâm lý, phát hiện và xử lý kịp thời những bất thường để chăm sóc, điều trị có hiệu quả. Người bệnh chăm sóc cấp I được theo dõi dấu hiệu sinh tồn theo chỉ định của bác sĩ điều trị. Người bệnh chăm sóc cấp II và cấp III được theo dõi dấu hiệu sinh tồn một lần/ngày và khi cần.

- Kết quả theo dõi, đánh giá người bệnh phải được ghi đầy đủ, chính xác, kịp thời vào phiếu theo dõi chức năng sống, phiếu chăm sóc theo quy định và hướng dẫn của bệnh viện.

- Khi phát hiện người bệnh có biểu hiện bất thường, điều dưỡng viên, hộ sinh viên phải có ngay hành động xử trí phù hợp trong phạm vi chức năng nghề nghiệp và báo cáo cho bác sĩ điều trị để can thiệp kịp thời.

2.4.11. Bảo đảm an toàn và phòng ngừa sai sót chuyên môn kỹ thuật

- Thực hiện tốt chăm sóc về thể chất, tinh thần, nuôi dưỡng người bệnh chưa đủ. Các bệnh viện phải xây dựng và thực hiện những quy định cụ thể về an toàn cho người bệnh phù hợp với chuyên môn và mô hình bệnh tật của chuyên khoa.

- Thiết lập hệ thống quản lý các sự cố, sai sót chuyên môn kỹ thuật trong lĩnh vực chăm sóc điều dưỡng trong bệnh viện. Định kỳ phân tích, báo cáo các sự cố, sai sót chuyên môn kỹ thuật và có biện pháp phòng ngừa.

- Điều dưỡng viên, hộ sinh viên thực hiện các biện pháp bảo đảm an toàn cho người bệnh trong dùng thuốc, chuẩn bị phẫu thuật, chuẩn bị làm thủ thuật, bàn giao người bệnh giữa các ca kíp, phòng ngừa sang chấn do ngã và kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện.

2.4.12. Ghi chép hồ sơ bệnh án

- Những hoạt động chăm sóc của điều dưỡng và hộ sinh cần được ghi chép lại để làm bằng chứng pháp lý, trao đổi thông tin giữa các thành viên trong đội, nhóm chăm sóc và bằng chứng khoa học, tài liệu giảng dạy khi cần thiết.

- Tài liệu điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong hồ sơ bệnh án gồm: phiếu theo dõi chức năng sống, phiếu chăm sóc và một số biểu mẫu khác theo quy định của Bộ Y tế và theo tính chất chuyên khoa do bệnh viện quy định.

- Ghi chép của điều dưỡng vào hồ sơ bệnh án phải bảo đảm nguyên tắc:

+ Chính xác

+ Thống nhất giữa công tác điều trị và công tác chăm sóc điều dưỡng.

+ Kịp thời trao đổi và thống nhất giữa những người hành nghề trực tiếp chăm sóc, điều trị người bệnh về những sự khác biệt trong việc nhận định và theo dõi, đánh giá tình trạng người bệnh.

+ Đầy đủ các thông tin về can thiệp điều dưỡng, thuốc, xét nghiệm đã thực hiện trên người bệnh được gắn cùng hồ sơ bệnh án và được bảo quản theo quy định

3. Mô hình phân công chăm sóc

Trong phạm vi bài này chúng ta cùng nhau trao đổi 4 mô hình chăm sóc dưới đây:

- Mô hình phân công điều dưỡng chăm sóc chính

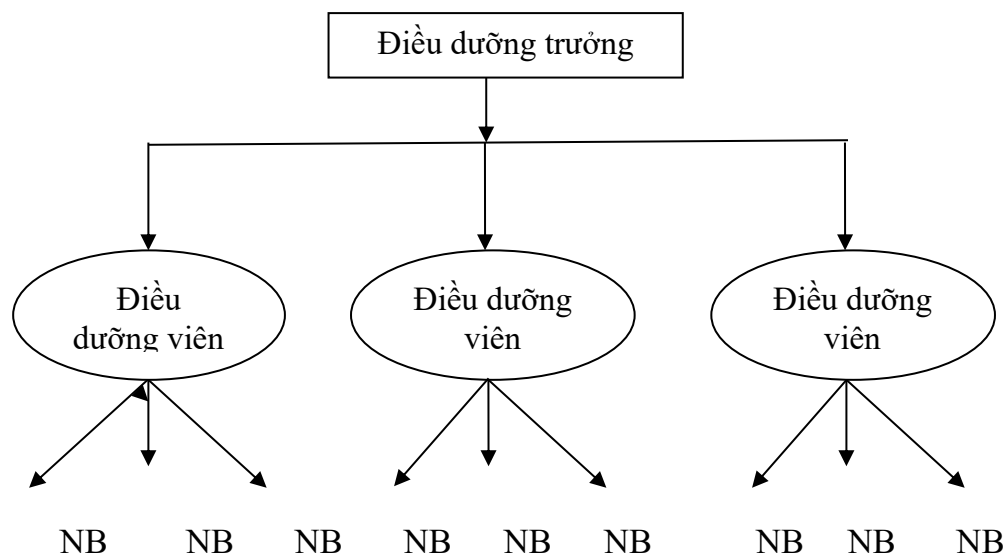
- Mô hình chăm sóc theo nhóm

- Mô hình chăm sóc theo đội.

- Mô hình phân chăm sóc theo công việc.

** Mô hình phân công điều dưỡng chăm sóc chính*

- Định nghĩa: Một điều dưỡng viên hoặc một hộ sinh viên chịu trách nhiệm chính trong việc nhận định, lập kế hoạch chăm sóc, tổ chức thực hiện có sự trợ giúp của các điều dưỡng viên hoặc hộ sinh viên khác và theo dõi đánh giá cho một số người bệnh trong quá trình nằm viện.



Sơ đồ 3.1: Mô tả mô hình phân công điều dưỡng chăm sóc chính

- Ưu điểm:
 - + Lấy người bệnh làm trung tâm.
 - + Liên tục trong chăm sóc, độc lập trong chăm sóc.
 - + Mỗi bệnh nhân đều có một điều dưỡng chịu trách nhiệm chăm sóc chính.
 - + Điều dưỡng có kế hoạch chăm sóc cho từng bệnh nhân, việc theo dõi, chăm sóc được liên tục.
 - + Giao tiếp giữa điều dưỡng, bệnh nhân, thầy thuốc, người nhà bệnh nhân được cải thiện.
 - + Nhân viên điều dưỡng phát huy được khả năng để chăm sóc người bệnh.
- Yếu tố cần thiết để áp dụng:
 - + Nhân viên điều dưỡng phải có đủ trình độ, kỹ năng và thái độ cần thiết. Đối với các điều dưỡng trình độ chuyên môn yếu không đủ khả năng để thực hiện CSTĐ, cần có sự giám sát và hỗ trợ thường xuyên của điều dưỡng trưởng khoa.
 - + Đủ phương tiện, dụng cụ cần thiết.
 - + Đảm bảo nhân lực hàng ngày ổn định.

+ Điều dưỡng trưởng khoa phải tăng cường huấn luyện nhân viên, tăng cường giám sát và đi buồng thăm bệnh nhân hàng ngày.

*** Mô hình phân công theo công việc (theo nhiệm vụ)**

- Định nghĩa: Là mỗi điều dưỡng được giao thực hiện một hoặc hai nhiệm vụ cố định trên một nhóm người bệnh hoặc trên toàn bộ người bệnh trong khoa dưới sự chỉ đạo của điều dưỡng trưởng khoa.

- Ưu điểm:

+ Sử dụng được các điều dưỡng có trình độ khác nhau tùy thuộc vào mức độ phức tạp của công việc.

+ Có hiệu quả cao trong quản lý vì công việc được phân công cụ thể cho từng điều dưỡng.

+ Phù hợp khi có cấp cứu hàng loạt.

+ Phù hợp với nguồn nhân lực còn hạn chế.

+ Đòi hỏi phương tiện tối thiểu.

- Nhược điểm:

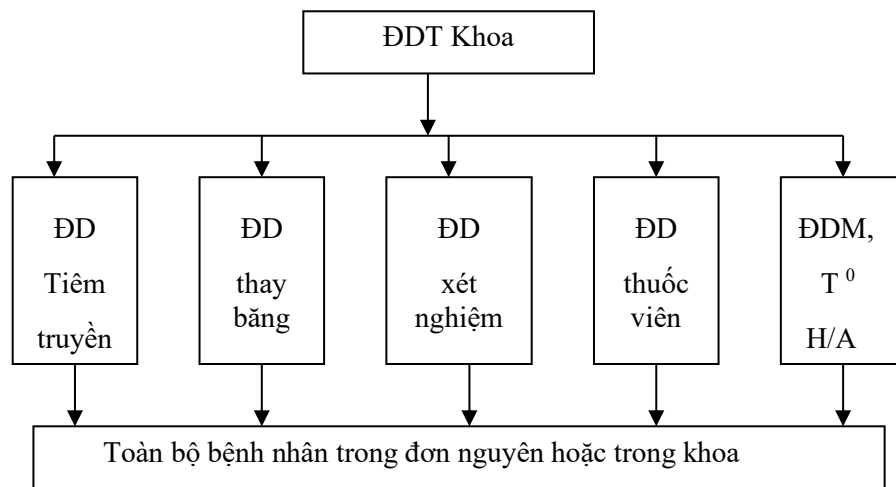
+ Điều dưỡng lấy công việc thay vì lấy người bệnh làm trung tâm nên người bệnh không được đáp ứng các nhu cầu riêng biệt.

+ Các công việc hướng về điều trị hơn là chăm sóc.

+ Công việc chăm sóc được thực hiện trên người bệnh một cách riêng rẽ, thiếu tính liên tục.

+ Mỗi điều dưỡng chỉ chịu trách nhiệm về phần việc được phân công nên không ai nắm được toàn trạng của người bệnh vì vậy có nhiều sơ xuất do những diễn biến bất thường hoặc do những nhu cầu chăm sóc của người bệnh xuất hiện nhưng không được phát hiện kịp thời

+ Thầy thuốc, điều dưỡng và người bệnh kém hài lòng với mô hình chăm sóc này.



Sơ đồ 3.2. Mô hình chăm sóc theo công việc

*** Mô hình phân công chăm sóc theo đội**

- Định nghĩa: Đội gồm bác sĩ, điều dưỡng viên hoặc hộ sinh viên và người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh khác chịu trách nhiệm điều trị, chăm sóc cho một số người bệnh ở một đơn nguyên hay một số buồng bệnh

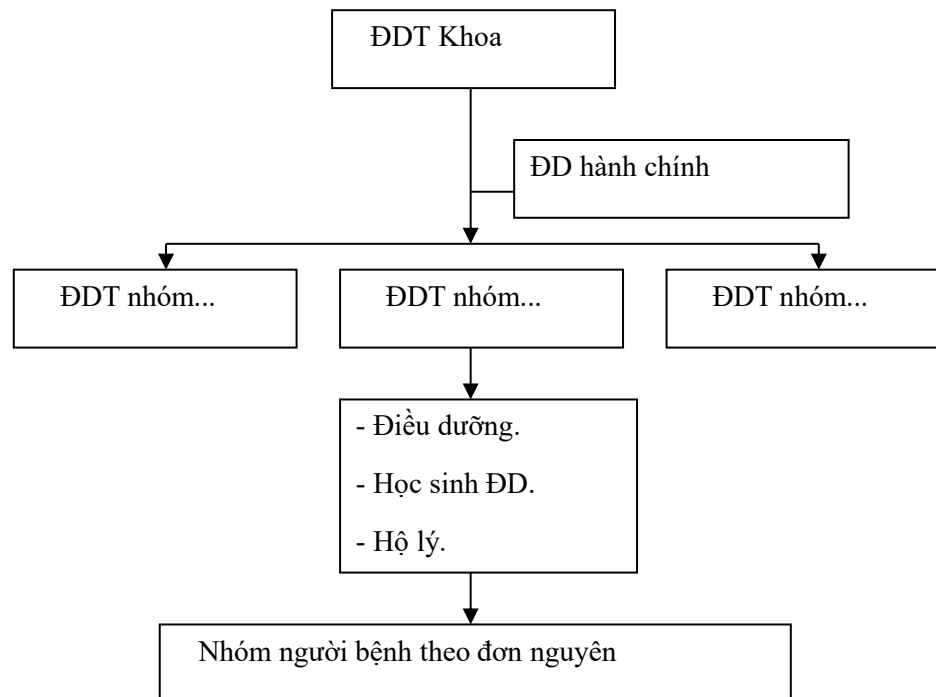
- Ưu điểm:

- + Thường xuyên trao đổi các kinh nghiệm chăm sóc người bệnh.
- + Tinh thần đồng đội cao, có ý thức để hoàn thành nhiệm vụ.
- + Chất lượng cao hơn mô hình chăm sóc theo công việc.
- + Điều dưỡng trưởng khoa có nhiều thời gian để giám sát và giảng dạy.

- Nhược điểm: Mất nhiều thời gian cho việc trao đổi kinh nghiệm và hội ý trong đội.

*** Mô hình phân công chăm sóc theo nhóm**

- Định nghĩa: Mô hình chăm sóc theo nhóm: Nhóm có từ 2-3 điều dưỡng viên hoặc hộ sinh viên chịu trách nhiệm chăm sóc một số người bệnh ở một đơn nguyên hay một số buồng bệnh dưới sự điều khiển của điều dưỡng trưởng nhóm.



Sơ đồ 3.3. Mô hình chăm sóc theo nhóm

- Ưu điểm: Người bệnh, thầy thuốc và điều dưỡng hài lòng với mô hình chăm sóc này hơn mô hình chăm sóc theo công việc vì:

- + Điều dưỡng nắm được diễn biến chung của người bệnh.
- + Thông tin giữa các điều dưỡng với bác sĩ và người bệnh thường xuyên hơn.
- + Điều dưỡng trưởng khoa có nhiều thời gian để giám sát và giảng dạy.

Lựa chọn mô hình chăm sóc thích hợp là một trong những nhiệm vụ quan trọng của điều dưỡng trưởng. Nó có tác động trực tiếp đến chất lượng chăm sóc người bệnh.

Mô hình chăm sóc theo nhiệm vụ, ít được khuyến khích áp dụng và thực tế nhiều nước đã xóa bỏ vì không thích hợp. Tuy nhiên hiện nay nhiều bệnh viện nước ta đang áp dụng mô hình phân công chăm sóc này.

Các bệnh viện cần có sự chuyển hướng và áp dụng dần các mô hình chăm sóc theo nhóm và tiến tới tổ chức chăm sóc toàn diện. Đó là một trong những khâu trọng yếu để nâng cao trách nhiệm chăm sóc người bệnh.

Chú ý: Khi lựa chọn mô hình phân công chăm sóc cho đơn vị mình, điều dưỡng trưởng cần thực hiện tiêu chuẩn một mô hình phân công chăm sóc dưới đây:

1. Lấy người bệnh làm trung tâm

2. Đảm bảo chăm sóc liên tục

3. Phù hợp với điều kiện nhân lực và đặc điểm chuyên môn

4. Điều kiện để thực hiện chăm sóc người bệnh toàn diện

4.1. Hệ thống tổ chức chăm sóc người bệnh

- Bệnh viện hạng 3 trở lên phải thiết lập Hội đồng điều dưỡng và phòng Điều dưỡng, các bệnh viện khác thành lập Hội đồng điều dưỡng và tổ Điều dưỡng. Chức năng, nhiệm vụ của Hội đồng điều dưỡng và phòng điều dưỡng, tổ điều dưỡng được quy định tại có thể tham khảo tại Thông tư hướng dẫn chăm sóc người bệnh trong các bệnh viện do Bộ Y tế ban hành năm 2010.

- Trong chăm sóc người bệnh toàn diện, vai trò của Bác sĩ trưởng khoa, Điều dưỡng trưởng khoa và các điều dưỡng viên rất quan trọng, bởi họ là người trực tiếp cung cấp dịch vụ chăm sóc cho người bệnh. Các cán bộ, nhân viên này phải thực thi nhiệm vụ theo quy định.

- Dưới sự chỉ đạo của bác sĩ trưởng khoa, điều dưỡng trưởng khoa, điều dưỡng viên thực hiện các nhiệm vụ theo tiêu chuẩn nghiệp vụ ngạch viên chức điều dưỡng được ban hành tại Quyết định số 41/2005/QĐ-BNV ngày 22/4/2005 của Bộ trưởng Bộ Nội vụ.

- Dưới sự chỉ đạo của bác sĩ trưởng khoa, hộ sinh trưởng khoa, hộ sinh viên thực hiện các nhiệm vụ theo tiêu chuẩn nghiệp vụ ngạch viên chức hộ sinh được ban hành theo Thông tư số...../2010/TT-BYT ngày /.../ 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

- Để thực hiện được chăm sóc toàn diện một cách đồng bộ và hiệu quả, bệnh viện cần ứng dụng mô hình quản lý chất lượng, tổ chức lao động hợp lý nhằm dành thời gian cho điều dưỡng bên cạnh người bệnh. Các bệnh viện có cần tổ chức lao động lấy người bệnh làm trung tâm, các đơn vị cận lâm sàng, hậu cần như khoa xét nghiệm, dược, kiểm soát nhiễm khuẩn, dinh dưỡng... cần nghiên cứu và thực hiện cung cấp dịch vụ đến các khoa lâm sàng để tạo điều kiện cho điều dưỡng viên, hộ sinh viên có nhiều thời gian trực tiếp, chăm sóc người bệnh.

4.2. Đảm bảo nhân lực chăm sóc người bệnh

- Đủ nhân lực điều dưỡng viên, hộ sinh viên theo các quy định. Đảm bảo tại mọi thời điểm trong ngày tỷ lệ nhân lực điều dưỡng-hộ sinh cho người bệnh yêu cầu chăm sóc đặc biệt như người bệnh Hồi sức cấp cứu, người bệnh sau phẫu thuật, sản phụ thuộc

diện chăm sóc cấp I là 1 người cho 2 người bệnh. Tỷ lệ điều dưỡng-hộ sinh cho người bệnh thuộc diện chăm sóc cấp II là 1 người cho 4 - 8 người bệnh. Tỷ lệ điều dưỡng-hộ sinh cho người bệnh thuộc diện chăm sóc cấp III là một người trên không quá 15 người bệnh.

- Cơ cấu hợp lý về trình độ của điều dưỡng viên, hộ sinh viên (Đến năm 2015, tỷ lệ điều dưỡng viên, hộ sinh viên có trình độ cao đẳng trở lên so với tổng số điều dưỡng viên và hộ sinh viên có trình độ cao đẳng trở lên trên 50% so với tổng số điều dưỡng viên, hộ sinh viên đối với bệnh viện hạng I; 30% đến dưới 50% đối với bệnh viện hạng II; dưới 30% đối với bệnh viện hạng III, bệnh viện hạng IV và chưa phân hạng).

4.3. Tổ chức phân công chăm sóc phù hợp

- Bệnh viện thực hiện phân công chăm sóc phù hợp với đặc điểm chuyên môn của từng khoa. Không áp dụng mô hình phân công chăm sóc theo công việc.

- Bệnh viện cần tổ chức cho điều dưỡng viên, hộ sinh viên làm việc theo ca tại các khoa, đặc biệt các khoa Cấp cứu, khoa Hồi sức tích cực, khoa Phẫu thuật, khoa Sản và khoa Sơ sinh. Mỗi ca làm việc lại áp dụng mô hình phân công chăm sóc toàn diện, hoặc theo nhóm, theo đội.

4.4. Đảm bảo đủ trang thiết bị và phương tiện phục vụ chăm sóc người bệnh

Điều dưỡng trưởng phải đề xuất bệnh viện trang bị đủ các trang thiết bị và phương tiện dưới đây để bảo đảm yêu cầu chăm sóc người bệnh:

- Trang thiết bị, phương tiện, dụng cụ phục vụ công tác chuyên môn của điều dưỡng viên, hộ sinh viên.

- Cơ sở vật chất, phương tiện phục vụ sinh hoạt của người bệnh.

- Mỗi khoa lâm sàng có ít nhất một buồng thủ thuật, một buồng cách ly được thiết kế đúng quy cách và có đủ trang thiết bị đáp ứng yêu cầu kiểm soát nhiễm khuẩn theo quy định của Bộ Y tế.

- Bảo đảm điều kiện làm việc cho điều dưỡng viên, hộ sinh viên: phòng nhân viên, phòng trực, máy tính, máy in.

4.5. Đảm bảo nguồn tài chính cho công tác chăm sóc điều dưỡng

Phòng Điều dưỡng các bệnh viện cần thuyết phục bệnh viện giành một phần kinh phí thường xuyên hằng năm cho các hoạt động:

- Mua sắm trang thiết bị, dụng cụ cho công tác chăm sóc điều dưỡng và phục vụ người bệnh.
- Thực hiện, duy trì và cải tiến chất lượng chăm sóc người bệnh.
- Đào tạo liên tục để nâng cao kỹ năng thực hành cho điều dưỡng viên và hộ sinh viên.
- Khen thưởng các đơn vị, cá nhân thực hiện tốt công tác chăm sóc người bệnh.

4.6. Đào tạo, cập nhật kiến thức liên tục cho điều dưỡng viên, hộ sinh viên

- Bệnh viện cần xây dựng chương trình đào tạo và tổ chức đào tạo định hướng cho điều dưỡng viên, hộ sinh viên mới được tuyển dụng vào làm việc trong bệnh viện.
- Bệnh viện tổ chức đào tạo, cập nhật kiến thức để nâng cao năng lực chuyên môn, nghiệp vụ cho điều dưỡng viên, hộ sinh viên theo quy định.
- Phòng Điều dưỡng các bệnh viện cần có các giải pháp tăng cường, khuyến khích điều dưỡng viên, hộ sinh viên tham gia nghiên cứu khoa học và áp dụng các kết quả nghiên cứu, sáng kiến cải tiến kỹ thuật trong chăm sóc và tổ chức kiểm tra đánh giá kiến thức và tay nghề của nhân viên điều dưỡng, hộ sinh ít nhất 2 năm một lần.

4.7. Đảm bảo chất lượng và an toàn trong sử dụng dịch vụ trợ giúp chăm sóc cơ bản ghép vào trang thiết bị và nhân lực

- Đối với bệnh viện: quản lý, giám sát và chịu trách nhiệm hoàn toàn về chất lượng các dịch vụ chăm sóc.
- Đối với người thực hiện trợ giúp chăm sóc:
 - + Được đào tạo theo chương trình do Bộ trưởng Bộ Y tế phê duyệt.
 - + Được Giám đốc bệnh viện phê duyệt thực hiện trợ giúp chăm sóc người bệnh.
 - + Thực hiện đúng các nhiệm vụ trợ giúp chăm sóc đã được phê duyệt. Tuyệt đối không được làm thay công việc chuyên môn của điều dưỡng viên, hộ sinh viên.
 - + Thực hiện đầy đủ các nội quy, quy định của bệnh viện và của khoa chăm sóc người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Cục quản lý khám chữa bệnh. Dự án tăng cường chất lượng nguồn nhân lực trong khám chữa bệnh, 2012.
2. Bộ Y tế, Cục quản lý khám chữa bệnh. Tài liệu đào tạo Quản lý điều dưỡng, Cục QLKCB-JICA, 2012.
3. Bộ Y tế, Thông tư 08/2011/TT-BYT về Hướng dẫn công tác dinh dưỡng-tiết chế trong bệnh viện, 2011.
4. Bộ Y tế, Bộ tiêu chuẩn chất lượng chăm sóc NB trong các bệnh viện, Nhà xuất bản giao thông vận tải, 2016.
5. Bộ Y tế, Thông tư 16/2018/TT-BYT ngày 20 tháng 7 năm 2018 Quy định về kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, 2018.
6. Bộ Y tế, Bộ đánh giá tiêu chí chất lượng bệnh viện, 2013.
7. Bộ Y tế, Thông tư 19/2013/TT-BYT Hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện, 2013.
8. Bộ Y tế, Thông tư số 23/2011/TT-BYT ngày 10/6/2011 Hướng dẫn sử dụng thuốc trong các cơ sở y tế có giường bệnh, 2011.
9. Bộ Y tế, Thông tư 43/2018/TT-BYT Hướng dẫn phòng ngừa sự cố y khoa trong các cơ sở khám chữa bệnh, 2018.
10. Bộ Y tế, Thông tư số 07/2011/TT-BYT ngày 26/11/2011 Hướng dẫn công tác chăm sóc người bệnh trong bệnh viện, Hà Nội.
11. Lương Ngọc Khuê, Đảm bảo an toàn NB trong các cơ sở khám, chữa bệnh, 2019.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn 1 câu trả lời ĐÚNG hoặc ĐÚNG NHẤT cho các câu hỏi bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu tiên câu trả lời được chọn:

Câu 1: Khối lượng công việc chăm sóc trực tiếp của người điều dưỡng phụ thuộc vào các yếu tố:

- A. Thời tiết, mùa vụ
- B. Qui mô của bệnh viện
- C. Các quy định của bệnh viện
- D. Số lượng nhân viên y tế của bệnh viện

Câu 2: Mô hình phân công điều dưỡng chăm sóc chính là một điều dưỡng viên chịu trách nhiệm chính trong việc chăm sóc cho:

- A. Một số người bệnh trong quá trình nằm viện.
- B. Một người bệnh trong quá trình nằm viện.
- C. Tất cả người bệnh trong quá trình nằm viện.
- D. Một nhóm người bệnh có bệnh giống nhau trong quá trình nằm viện.

Câu 3: Để áp dụng mô hình phân công điều dưỡng chăm sóc chính, điều dưỡng trưởng khoa cần:

- A. Tăng cường học tập để nâng cao trình độ chuyên môn, quản lý
- B. Tăng cường công tác quản lý với từng điều dưỡng viên để đảm bảo hiệu quả công việc tốt nhất
- C. Tăng cường huấn luyện nhân viên, tăng cường giám sát và đi buồng thăm bệnh nhân hàng ngày
- D. Hỗ trợ, tạo điều kiện cho nhân viên đi học để nâng cao trình độ.

Câu 4: Khi có cấp cứu hàng loạt nên áp dụng mô hình phân công chăm sóc nào:

- A. Mô hình phân công điều dưỡng chăm sóc chính
- B. Mô hình chăm sóc theo công việc
- C. Mô hình chăm sóc theo đội
- D. Mô hình chăm sóc theo nhóm

Câu 5: Mô hình chăm sóc nào có nhược điểm: mất nhiều thời gian cho việc trao đổi kinh nghiệm và hội ý:

- A. Mô hình phân công điều dưỡng chăm sóc chính
- B. Mô hình chăm sóc theo công việc
- C. Mô hình chăm sóc theo đội
- D. Mô hình chăm sóc theo nhóm

Câu 6: Lựa chọn mô hình chăm sóc thích hợp là một trong những nhiệm vụ quan trọng của:

- A. Điều dưỡng trưởng khoa
- B. Điều dưỡng trưởng bệnh viện
- C. Điều dưỡng viên
- D. Điều dưỡng trưởng khối

Câu 7: Mô hình phân công chăm sóc nào ít được khuyến khích áp dụng:

- A. Mô hình phân công điều dưỡng chăm sóc chính
- B. Mô hình chăm sóc theo công việc
- C. Mô hình chăm sóc theo đội
- D. Mô hình chăm sóc theo nhóm.

Câu 8: Với công việc trực tiếp, thời gian ước tính cho chăm sóc cấp 3 của người điều dưỡng là:

- A. 1 giờ/1 người bệnh/ 24 giờ

B. 1.5 giờ/1 người bệnh/ 24 giờ

C. 2 giờ/1 người bệnh/ 24 giờ

D. 2.5 giờ/1 người bệnh/ 24 giờ

Câu 9: Khoa A có 10 điều dưỡng ở trình độ khác nhau, năng lực chuyên môn có nhiều chênh lệch. Khoa thường xuyên có khoảng 40 người bệnh. Mô hình phân công chăm sóc nào là phù hợp trong trường hợp này:

A. Phân công chăm sóc điều dưỡng chính

B. Chăm sóc theo nhóm

C. Chăm sóc theo đội

D. Chăm sóc theo công việc

Câu 10: Khoa A là khoa chăm sóc dịch vụ, được trang bị cơ sở vật chất hiện đại và đầy đủ. Điều dưỡng được tuyển về khoa A là những người qua quá trình huấn luyện kỹ năng và thi tay nghề đạt chuẩn. Khoa có 15 điều dưỡng. Khoa thường xuyên có khoảng 30 người bệnh. Mô hình phân công chăm sóc nào là phù hợp trong trường hợp này:

A. Phân công chăm sóc điều dưỡng chính

B. Chăm sóc theo nhóm

C. Chăm sóc theo đội

D. Chăm sóc theo công việc

Câu 11: Có bao nhiêu nhiệm vụ chăm sóc được quy định tại Chương II Thông tư 07/2011/TT-BYT của Bộ Y tế hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện?

A. 10

B. 11

C. 12

D. 13

Câu 12: Nội dung nào dưới đây là khái niệm chăm sóc người bệnh toàn diện được quy định tại Thông tư 07/2011/TT-BYT của Bộ Y tế?

A. Là sự theo dõi và chăm sóc bệnh nhân của bác sĩ và điều dưỡng trong suốt thời gian bệnh nhân nằm viện.

B. Là nhiệm vụ của cán bộ, công chức, viên chức và nhân viên trong toàn bệnh viện nhằm đảm bảo chất lượng chẩn đoán, điều trị và chăm sóc người bệnh.

C. Là chăm sóc, hỗ trợ, đáp ứng các nhu cầu cơ bản của người bệnh nhằm duy trì hô hấp, tuần hoàn, thân nhiệt, ăn uống, bài tiết, tư thế, vận động, vệ sinh cá nhân, ngủ, nghỉ; chăm sóc tâm lý; hỗ trợ điều trị và tránh các nguy cơ từ môi trường bệnh viện cho người bệnh.

D. Là sự chăm sóc của người hành nghề và gia đình NB lấy NB làm trung tâm, đáp ứng các nhu cầu điều trị, sinh hoạt hàng ngày nhằm bảo đảm an toàn, chất lượng và hài lòng của người bệnh.

Câu 13: Các nguyên tắc chăm sóc người bệnh được quy định tại Thông tư 07/2011/TT-BYT là, TRỪ:

A. Các thực hành chăm sóc người bệnh phải dựa vào y lệnh và thực hành dựa vào bằng chứng.

B. Chăm sóc, theo dõi NB là nhiệm vụ của BV, các hoạt động chăm sóc, theo dõi do điều dưỡng viên, hộ sinh viên thực hiện và chịu trách nhiệm.

C. Lấy NB là trung tâm: chăm sóc toàn diện, liên tục, bảo đảm hài lòng, chất lượng và an toàn cho NB.

D. Can thiệp điều dưỡng phải dựa trên cơ sở các yêu cầu chuyên môn và sự đánh giá nhu cầu của mỗi người bệnh.

Câu 14: Nhiệm vụ nào trong số 4 nhiệm vụ thuộc 12 nhiệm vụ chăm sóc người bệnh được quy định tại Thông tư 07/2011/TT-BYT dưới đây đang là điểm yếu của điều dưỡng các bệnh viện?

- A. Tư vấn, GDSK, dinh dưỡng.
- B. Dinh dưỡng, chăm sóc tinh thần.
- C. Tư vấn, GDSK, chăm sóc tinh thần.
- D. Tư vấn, GDSK, phục hồi chức năng.

Câu 15: Giải pháp nào dưới đây là quan trọng nhất trong thực hiện chăm sóc người bệnh toàn diện tại các bệnh viện?

- A. Củng cố hệ thống tổ chức chăm sóc người bệnh
- B. Nhân lực chăm sóc người bệnh
- C. Tổ chức mô hình phân công chăm sóc
- D. Trang thiết bị phục vụ công tác chăm sóc.

Câu 16. Theo Thông tư 07/2011/TT-BYT, chăm sóc cấp I được áp dụng với người bệnh:

- A. Không đi lại được
- B. Không tự chăm sóc
- C. Cần hỗ trợ dinh dưỡng
- D. Cần giáo dục sức khỏe

Câu 17: Theo Thông tư 07/2011/TT-BYT, chăm sóc cấp II được áp dụng với người bệnh để:

- A. Đáp ứng nhu cầu hàng ngày
- B. Giáo dục nâng cao sức khỏe
- C. Kiểm soát vận động nâng cao
- D. Tư vấn nâng cao sức khỏe.

Câu 18: Theo Thông tư 07/2011/TT-BYT, chăm sóc cấp III được áp dụng với người bệnh để người bệnh tự:

- A. Chăm sóc theo nhu cầu
- B. Nâng cao hành vi chăm sóc
- C. Thực hiện hành vi chăm sóc
- D. Chăm sóc bản thân tốt hơn.

Câu 19: Người bệnh N, 40 tuổi đã được điều trị khỏi bệnh viêm phổi, chuẩn bị ra viện, theo Thông tư 07/2011/TT-BYT, Điều dưỡng cần thực hiện chăm sóc gì cho người bệnh này:

- A. Chăm sóc toàn diện
- B. Phục hồi chức năng cho người bệnh
- C. Tư vấn giáo dục sức khỏe
- D. Hỗ trợ các hoạt động hàng ngày

Câu 20: Điều dưỡng A hàng ngày phối hợp với bác sĩ điều trị để đánh giá tình trạng dinh dưỡng và nhu cầu dinh dưỡng của người bệnh P. Vậy người điều dưỡng A đã thực hiện nhiệm vụ chăm sóc nào trong các chăm sóc sau đây:

- A. Tư vấn, giáo dục sức khỏe
- B. Chăm sóc dinh dưỡng
- C. Chăm sóc tinh thần
- D. Theo dõi, đánh giá người bệnh

BÀI 8. QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG VÀ ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRONG BỆNH VIỆN

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được những khái niệm cơ bản về chất lượng, quản lý chất lượng, quản lý chất lượng trong bệnh viện.
2. Phân tích được những nguyên tắc cơ bản của đảm bảo chất lượng (QA) và cải tiến chất lượng (QI).
3. Giải thích được những NỘI DUNG quản lý chất lượng và điều kiện để thực hiện quản lý chất lượng bệnh viện
4. Xây dựng được những tiêu chuẩn chính để đánh giá chất lượng chăm sóc người bệnh trong bệnh viện.
5. Phân tích được vai trò của điều dưỡng trong quản lý chất lượng chăm sóc tại các cơ sở y tế.

NỘI DUNG

1. Đặt vấn đề

Dịch vụ chăm sóc điều dưỡng bao gồm: phòng bệnh, duy trì, phục hồi và nâng cao sức khỏe. Trong bệnh viện, chăm sóc điều dưỡng càng thể hiện tầm quan trọng đặc biệt thông qua nhận định và đánh giá đúng tình trạng người bệnh từ đó đưa ra những can thiệp điều dưỡng phù hợp để bảo đảm các nhu cầu cơ bản của người bệnh hàng ngày được đáp ứng một cách thích hợp. Chăm sóc còn bao hàm hỗ trợ và phối hợp với công tác điều trị của bác sĩ để bảo đảm điều trị an toàn, hiệu quả. Chăm sóc có chất lượng góp phần tạo sự hài lòng của người bệnh và làm tăng uy tín của bệnh viện.

Chất lượng dịch vụ *quyết định sự tồn tại, phát triển* của mỗi cơ sở y tế. Bệnh viện là nơi tập trung người bệnh để điều trị, nơi các thầy thuốc đưa ra các chẩn đoán, các quyết định phương pháp điều trị; nơi diễn ra các phẫu thuật, thủ thuật xâm lấn; nơi tính

mạng và sức khỏe người bệnh được phó thác cho các bác sĩ và điều dưỡng. Vì vậy việc quản lý chất lượng dịch vụ bệnh viện nói chung, chất lượng dịch vụ chăm sóc điều dưỡng nói riêng là việc rất quan trọng, giúp cho các bệnh viện biết họ đang ở đâu để kịp thời chấn chỉnh và giúp cho người dân lựa chọn các cơ sở cung cấp dịch vụ có chất lượng.

2. Một số khái niệm cơ bản về chất lượng

2.1 Chất lượng là gì?

Chất lượng từ tiếng Anh “*quality*”, tiếng Pháp là “*qualitie*”. Từ này có gốc từ tiếng Latin là “*qualis*”. Tất cả đều có nghĩa là “*mức độ tuyệt hảo*”. Một cách hệ thống, chúng ta xem xét khái niệm chất lượng ở những khía cạnh sau:

a) Chất lượng được đánh giá khác nhau khi các quan điểm khác nhau

Mỗi người đánh giá chất lượng một cách khác nhau tùy thuộc vào việc họ đại diện cho ai trong hệ thống cung cấp, sử dụng dịch vụ nào đó. Trong hệ thống y tế, chất lượng được đánh giá từ các góc độ khác nhau như sau:

- Theo quan điểm của người bệnh/khách hàng: chất lượng liên quan đến loại hình và tính hiệu quả của chăm sóc, có thể chú trọng hơn về tính tiện dụng, thái độ thân thiện, được đối xử tôn trọng, sự thoải mái, sự tiện nghi và tính sẵn có của dịch vụ xứng đáng với chi phí. Như vậy chất lượng theo quan điểm của người bệnh/khách hàng là đáp ứng những mong đợi của họ. Do vậy chất lượng được đo lường bởi sự hài lòng hay than phiền của người bệnh/khách hàng.

- Nhân viên y tế hoặc các cơ sở y tế thì lại quan tâm nhiều hơn đến quy trình kỹ thuật, áp dụng và phát triển công nghệ, khả năng chẩn đoán và điều trị một ca bệnh mà ít để ý đến tính tiện ích và càng ít tập trung vào khía cạnh “*chăm sóc*”.

- Nhà quản lý hay các đối tác liên quan (người góp vốn, người đầu tư...) thì cho rằng chất lượng là sự tiếp cận, hiệu xuất, tính phù hợp, khả năng có thể chấp nhận được và hiệu quả trong cung ứng các dịch chăm sóc sức khỏe. Chi phí là rất quan trọng đối với nhà quản lý.

b) Chất lượng về mặt quy trình

Dựa trên các quy trình, nhiệm vụ và kết quả thực hiện thì “*chất lượng không có một cách ngẫu nhiên mà là kết quả của một ý định quyết đoán, nỗ lực chân thành, hướng đi thông minh và thực thi khéo léo*”. Đây là một định nghĩa khá hoàn thiện vì nó gắn chất lượng với các quy trình nhiệm vụ và kỳ vọng về kết quả thực hiện. Có thể nói định nghĩa này đáp ứng mong muốn của các bên liên quan vì chất lượng ở đây được coi như là các hoạt động đã được lập kế hoạch, có mục đích rõ ràng để phấn đấu thực hiện chứ không diễn ra một cách tình cờ.

c) Đối với đối tượng phục vụ, sử dụng dịch vụ hay sản phẩm

Đối với các đối tượng này thì “*chất lượng lấy khách hàng làm trọng tâm, vì vậy việc đáp ứng được nhu cầu và mong đợi của khách hàng là MỤC TIÊU chính của chất lượng*”. Đây là một về chất lượng đã được áp dụng rộng rãi ở các mô hình công nghiệp. Nó đặt trọng tâm rõ ràng vào người sử dụng và người nhận dịch vụ từ một nhà cung cấp. Điều này khẳng định bất kỳ định nghĩa nào về chất lượng đều không trọn vẹn khi không có khách hàng trong đó.

d) Đối với nguyên tắc cơ bản trong lãnh đạo và quản lý

Từ góc độ này thì “*chất lượng là làm đúng việc, đúng thời gian, làm đúng ngay từ lần đầu tiên và làm tốt hơn trong những lần tiếp theo*”.

Chính vì vậy mà triết lý hay nguyên tắc cơ bản của chất lượng là: “*Ngày hôm nay tốt hơn ngày hôm qua và ngày mai tốt hơn ngày hôm nay*”. Đó cũng chính là MỤC TIÊU phấn đấu của người cung cấp dịch vụ/sản phẩm và là sự cam kết mạnh mẽ với đối tượng phục vụ.

3. Quản lý chất lượng

Quản lý chất lượng gồm hai hoạt động đó là: Đảm bảo chất lượng và Cải tiến chất lượng.

3.1 Khái niệm về đảm bảo chất lượng

Đảm bảo chất lượng là các hoạt động & chương trình nhằm tạo ra sự tin cậy chắc chắn rằng chất lượng dịch vụ/sản phẩm sẽ thỏa mãn các đòi hỏi và nhu cầu mà khách hàng nêu ra hoặc muốn hướng tới

Nói chung về mặt thuật ngữ đảm bảo chất lượng có nghĩa là tất cả mọi phương pháp được thực hiện nhằm cung cấp cho khách hàng hoặc đối tác quan tâm một sản phẩm (ví dụ một dịch vụ chăm sóc) chất lượng đầy đủ và đáng hài lòng như đã nêu hoặc hàm ý qua các đòi hỏi hay nhu cầu của khách hàng (cho họ thấy cái bạn đang làm). Điều này hàm ý đối tác này sẽ thuyết phục đối tác kia rằng một số tiêu chuẩn sẽ được đảm bảo.

Chương trình đảm bảo chất lượng là sự cân bằng giữa đánh giá và điều chỉnh. Chương trình đang triển khai sẽ cho biết chúng ta có:

- đang làm cái mà chúng ta nói chúng ta sẽ làm chưa?
- đang làm cái mà chúng ta nên làm chưa?
- đang làm tốt hay không tốt điều chúng ta cần phải làm ?
- cần thay đổi và cải tiến cái gì không và ở đâu?

3.2 Quy trình đảm bảo chất lượng

Quy trình đảm bảo chất lượng có những bước sau đây:

- a) Xác định cơ hội (tìm, lựa chọn và ưu tiên cơ hội)
- b) Xác định (lại) tiêu chuẩn và chỉ số (phân tích các yếu tố chất lượng)
- c) Nghiên cứu chất lượng: theo dõi (Đo lường và So sánh với tiêu chuẩn)
- d) Đánh giá chất lượng (phân tích nguyên nhân, xác định các hoạt động cải tiến/sửa chữa)
- đ) Thực hiện hoạt động điều chỉnh (Đưa xuất các thay đổi và thực hiện các thay đổi)
- e) Lượng giá hoạt động (đánh giá lại các vấn đề)

3.3 Cải tiến chất lượng

Là sự đạt được hoặc quy trình nhằm đạt được một cấp độ thực hiện hoặc chất lượng cao hơn so với bất kỳ mức độ chất lượng nào trước đây.

Cải thiện chất lượng dùng để chỉ ra các quy trình và hoạt động nhằm giảm bớt sự khác biệt giữa kết quả thực hiện trên thực tế và các tiêu chuẩn mong muốn, trên

cơ sở đó giảm bớt khoảng cách giữa các kết quả thực hiện hiện tại và mức độ mong muốn (ABNA = Achievable Benefit None Achievable)

Lưu ý:

- Chất lượng là một hành trình nghĩa là có điểm khởi đầu nhưng không có điểm kết thúc (luôn luôn cải tiến, nâng cao).

- Khi thực hiện đảm bảo chất lượng và cải tiến chất lượng phải thực hiện bằng trái tim và khối óc của người thực hiện, phải có lòng nhiệt tình và sự đam mê.

4. Quản lý chất lượng bệnh viện

4.1 Tầm quan trọng của quản lý chất lượng trong bệnh viện

Để có chất lượng nói chung và chất lượng trong bệnh viện nói riêng cần quản lý chất lượng vì nó có tầm quan trọng đặc biệt do những lý do sau đây:

- Người dân ngày càng có yêu cầu cao hơn và họ có nhiều lựa chọn hơn trước.
- Trong cơ chế thị trường, chất lượng quyết định sự tồn tại, phát triển của mỗi cơ sở y tế. Cơ sở y tế không được người bệnh/khách hàng sử dụng lựa chọn sẽ không cung cấp được dịch vụ và như vậy sẽ không có doanh thu, không có nguồn lực để phát triển.
- Ngày nay trong xu thế toàn cầu hoá và cơ chế thị trường nên sự chuyển dịch cán bộ y tế giữa các cơ sở y tế và từ hệ thống cơ sở y tế nhà nước sang tư nhân trở nên dễ dàng hơn. Do vậy nếu các cơ sở không chăm lo đảm bảo và nâng cao chất lượng ở cơ sở của mình thì nhân viên của cơ sở đó (khách hành bên trong) sẽ có xu hướng chuyển tới những cơ sở có chất lượng cao hơn.

4.2 Các nguyên tắc quản lý chất lượng

- Nguyên tắc 1: Lấy đối tượng phục vụ làm trọng tâm (đáp ứng nhu cầu của đối tượng phục vụ).

- Nguyên tắc 2: Tất cả các thành viên đều tham gia vào quá trình tăng cường chất lượng (có trách nhiệm đảm bảo chất lượng công việc). Chất lượng không chỉ là trách nhiệm của người quản lý hay người thanh tra, mà là trách nhiệm của tất cả các thành viên trong tổ chức (sự hợp tác nhóm-Team work).

- Nguyên tắc 3: Cam kết của lãnh đạo

- Nguyên tắc 4: Đo lường (theo dõi chất lượng). Không thể làm việc gì tốt khi không đo lường kết quả công việc đó. Để thực hiện được nguyên tắc này cần phải xác định xem cần phải đo lường cái gì và thiết lập các công cụ đo lường sự tiến bộ.

- Nguyên tắc 5: Hỗ trợ một cách hệ thống. Những ý tưởng tốt sẽ rất khó thực hiện khi thiếu sự hỗ trợ của các bộ phận liên quan. Việc hỗ trợ thể hiện ở việc: cách tổ chức lại hệ thống làm việc, chính sách, kế hoạch nhân sự, thời gian, ngân sách ... một cách hợp lý để nâng cao chất lượng.

- Nguyên tắc 6: Liên tục cải tiến và tăng cường (phòng ngừa nguyên nhân xấu, đưa ra/áp dụng cái mới). Luôn tìm kiếm biện pháp tốt hơn để tăng cường chất lượng thậm chí ngay cả khi đối tượng phục vụ (người bệnh) đã cảm thấy hài lòng với những gì bạn làm cho họ. Nên nhớ: Trong một thế giới luôn thay đổi, yêu cầu của khách hàng cũng luôn thay đổi.

4.3 Xây dựng các tiêu chuẩn và chỉ số

Để lựa chọn đúng vấn đề chúng ta cần phải nghiên cứu vấn đề đó để khẳng định có đúng đó là vấn đề hay không. Nếu đúng là vấn đề, chúng ta hãy đưa ra giải pháp để giải quyết, nếu không phải là vấn đề thì chúng ta tiếp tục theo dõi và phòng chống không để vấn đề xảy ra.

Để xác định xem đó có phải là vấn đề hay không cũng như để theo dõi sự tiến bộ của các giải pháp chúng ta cần phải đo lường được vấn đề vì theo Peter Ducker thì: “Nếu bạn không thể đo lường vấn đề thì bạn không thể quản lý/giải quyết được vấn đề đó”

Để đo lường được vấn đề chúng ta phải có tiêu chuẩn hay chuẩn (để so sánh) và công cụ đo lường.

4.3.1 Tiêu chuẩn

Tiêu chuẩn là quy định về đặc tính kỹ thuật và yêu cầu quản lý dùng làm chuẩn để phân loại, đánh giá sản phẩm, hàng hoá, dịch vụ, quá trình, môi trường và các đối tượng khác trong hoạt động kinh tế - xã hội nhằm nâng cao chất lượng và hiệu quả của các đối tượng này (Nguồn: Luật Tiêu chuẩn, quy chuẩn). Nói một cách khác tiêu

chuẩn là một lời tuyên bố về mục đích, kết quả mong đợi ở mức có thể đạt được khi cung cấp dịch vụ chăm sóc. Ví dụ, người bệnh được cung cấp dịch vụ chăm sóc bảo đảm an toàn trong suốt quá trình nằm viện. Trong quản lý chất lượng người ta chia tiêu chuẩn thành 3 loại là: cấu trúc, quá trình và đầu ra.

a) Tiêu chuẩn cấu trúc – Đầu vào (structure)

Tập trung vào những vấn đề cơ bản nhất như điều kiện và cơ chế cần thiết để vận hành tổ chức hay đơn vị, bao gồm những quy định về tổ chức quản lý, tổ chức phục vụ chăm sóc, đầu tư nguồn lực về nhân lực, tài chính, phương tiện chăm sóc. Những NỘI DUNG của nhóm tiêu chuẩn này là điều kiện cần thiết để đảm bảo chăm sóc tốt và có ảnh hưởng gián tiếp tới chất lượng chăm sóc. Ví dụ chất lượng chăm sóc sẽ không đạt yêu cầu nếu như không có đủ nhân lực điều dưỡng, thiếu trang thiết bị. Nhưng nhiều khi có đủ nhân lực điều dưỡng và trang thiết bị chăm sóc cũng chưa chắc chắn chất lượng chăm sóc sẽ cao nếu như trình độ nhân viên không đáp ứng được yêu cầu chuyên môn.

Tiêu chuẩn cấu trúc phải được viết theo mẫu của những văn bản chính sách, mô tả quy tắc của một hệ thống tổ chức và cách vận hành nó. Bao gồm: luật lệ, quy định, quy tắc, triết lý, phương châm, nhiệm vụ, mục đích, sự lựa chọn, định hướng, phát triển và sử dụng nhân viên.

b) Tiêu chuẩn quy trình (process standard):

Tiêu chuẩn quy trình xác định những hoạt động, những hành vi mong đợi của nhân viên cũng như những thành phần tạo nên sự chăm sóc bệnh nhân an toàn và hiệu quả. Tiêu chuẩn quy trình có thể viết theo thể thức mô tả công việc, quy trình kỹ thuật, quy định, hướng dẫn.

Nhóm tiêu chuẩn này tập trung vào người thực hiện như bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh và nhân viên trong bệnh viện. Nó được áp dụng chủ yếu cho các quy trình kỹ thuật trong bệnh viện và là những tiêu chuẩn đánh giá có hiệu quả nhất trong chăm sóc, điều trị. Để đánh giá tiêu chuẩn này, người đánh giá phải có trình độ và kỹ năng chuyên môn giỏi để khi đánh giá, tìm được những giải đáp khách quan, chính xác những câu hỏi: bác sĩ, điều dưỡng, làm những gì? Bệnh nhân nhận được những gì và những thành viên trong hệ thống tổ chức chăm sóc phục vụ như thế nào?

Để có được kết quả đánh giá, người đánh giá thường thực hiện bằng:

- Phỏng vấn hoặc nói chuyện với người bệnh để tìm hiểu xem người bệnh có được thực hiện đúng y lệnh không, có được giáo dục sức khỏe không, có được đáp ứng nhu cầu chăm sóc không.
- Kiểm tra hồ sơ ghi chép của điều dưỡng.
- Quan sát những hoạt động chuyên môn của thầy thuốc, của điều dưỡng.

c) Tiêu chuẩn kết quả (outcome standard)

Tiêu chuẩn kết quả hay còn gọi là tiêu chuẩn đầu ra chỉ rõ những kết quả đạt được. Chúng được viết ra dưới thể thức một mục tiêu. Những tiêu chuẩn này được sử dụng cho việc lập kế hoạch, thực hiện và đánh giá những hoạt động cho cả người bệnh và nhân viên.

Nhóm tiêu chuẩn này tập trung vào tình trạng sức khỏe của người bệnh, những quyền lợi trong chăm sóc mà người bệnh được hưởng và sự thỏa mãn, hài lòng của họ với sự chăm sóc của nhân viên y tế.

Thông thường những kết quả điều trị dễ dàng quan sát thấy, nhưng kết quả chăm sóc khó thấy hơn vì kết quả chăm sóc liên quan đến những vấn đề xã hội, hành vi, sự tác động về thể chất, sự tác động về tinh thần của người bệnh, sự chia sẻ tình cảm của gia đình, bạn bè người bệnh và cả những lĩnh vực chuyên môn khác của bệnh viện. Tiêu chuẩn kết quả chăm sóc thường tập trung vào:

- Sự thay đổi hành vi của người bệnh hướng tới mục tiêu khi xuất viện thể hiện là bệnh nhân hiểu biết bệnh tật của họ, biết tự chăm sóc và tự phòng bệnh, có những biểu hiện tiến bộ hơn liên quan đến sức khỏe so với lúc mới nhập viện.
- Sự hài lòng của người bệnh và ghi nhận của họ khi xuất viện (tốt nhất là bằng sự ghi chép của người bệnh như thư cảm ơn, cảm tưởng...) là chứng cứ để chứng minh sự hoàn thành mục tiêu chăm sóc đã được đề ra.

4.3.2 Chuẩn

Chuẩn chính là tiêu chuẩn (Standard) nhưng mang tính bắt buộc đó là một tuyên bố về sự mong muốn hay sự thực hành có thể chấp nhận được (chất lượng hoặc số lượng).

Chuẩn cho phép một tổ chức so sánh mức độ thực hành trong cơ sở của mình (chất lượng). Ví dụ trong cơ sở có phác đồ điều trị, chăm sóc người bệnh bị nhồi máu cơ tim hay đái tháo đường, có quy trình chăm sóc người bệnh trước và sau phẫu thuật, hoặc người bệnh không phải chờ đợi lâu (dưới 1 giờ) tại phòng khám bệnh; người bệnh vào viện được bác sĩ khám và làm hồ sơ kịp thời (trong vòng 24 giờ)...

4.3.3 Chỉ số

4.3.3.1. Khái niệm chung về chỉ số

Chỉ số chính là một công cụ để đo lường và chỉ ra sự thực hành (mức độ chất lượng). Như vậy chỉ số chỉ thị cho ta biết tình hình thực tại và đích muốn đi đến đâu. Vì vậy chỉ số có thể là:

- Một tiêu chuẩn nhưng được trình bày bằng những thuật ngữ có thể đo lường được.
- Một cách đo lường thay thế/gián tiếp một vấn đề (ví dụ: Tỷ lệ tử vong sơ sinh sẽ phản ánh tình hình chăm sóc sức khỏe sơ sinh như thế nào? Tỷ lệ loét do tỳ đè phản ánh sự chăm sóc của điều dưỡng; Tỷ lệ tuân thủ rửa tay của nhân viên y tế phản ánh thái độ và ý thức hoặc nhận thức của nhân viên về tầm quan trọng của rửa tay)
- Là một hướng dẫn để đo lường sự thực hành của một cá nhân hoặc một tổ chức.

* Tiêu chuẩn của một chỉ số:

Tiêu chuẩn của một chỉ số thường được thể hiện dưới hình thức của tỷ lệ (%); Phải được xác định đúng và hiểu rõ; Tính khả thi để thu được số liệu khi đo lường (tính sẵn có; chi phí hợp lý – tốn phí bao nhiêu để thu thập số liệu?). Vì vậy khi xây dựng chỉ số phải bảo đảm chỉ số đó:

- Trực tiếp phản ánh vấn đề.
- Phản ánh chất lượng của khía cạnh nào đó của một dịch vụ.

- Có cơ sở khoa học.
- Có tính khả thi để thu được số liệu.

Với ví dụ về chuẩn nêu trên thì chỉ số đo lường chất lượng là: tỷ lệ (%) người bệnh được điều trị chăm sóc theo đúng phác đồ; tỷ lệ người bệnh không phải chờ đợi quá 1 giờ để được khám bệnh tại khoa khám bệnh trên tổng số bệnh nhân tới khám; Hoặc tỷ lệ bệnh nhân được bác sĩ khám và làm hồ sơ bệnh án trong vòng 24 giờ sau khi nhập viện...

Tại cơ sở điều trị chúng ta thấy có mối quan hệ khăng khít giữa vấn đề chất lượng và chỉ số lâm sàng. Vì chỉ số lâm sàng là một công cụ quan trọng được sử dụng để đánh giá một lĩnh vực/khía cạnh có thể đo lường trong chăm sóc người bệnh. Chỉ số lâm sàng là một chỉ dẫn để đánh giá sự thực hành của một bệnh viện/khoa hoặc một cá nhân trong khoa hoặc bệnh viện đó như được trình bày ở bảng 1.

Bảng 1. Liên quan giữa vấn đề chất lượng và chỉ số lâm sàng/chỉ số chất lượng

Vấn đề chất lượng	Chỉ số lâm sàng
Tử vong theo bệnh	Số ca tử vong của mỗi loại bệnh Tỷ lệ tử vong của mỗi loại bệnh
Chất lượng xử trí các ca chấn thương sọ não	Tỷ lệ chết của CTSN
Sử dụng giường bệnh	Tỷ lệ sử dụng giường (BOR)
Nhân viên y tế chưa rửa tay thường quy	Tỷ lệ nhân viên y tế rửa tay thường quy đúng quy định...
Thực hiện tiêm an toàn	Tỷ lệ mũi tiêm đảm bảo an toàn theo quy chuẩn.
Chất lượng ghi chép hồ sơ điều dưỡng	Tỷ lệ hồ sơ điều dưỡng đạt yêu cầu

Điều dưỡng nắm thông tin về bệnh, người bệnh (hoàn cảnh gia đình, diễn biến, thuốc, xét nghiệm, ăn uống, ngủ nghỉ, vận động, đại tiểu tiện)	Tỷ lệ điều dưỡng nắm đầy đủ thông tin về bệnh người bệnh (hoàn cảnh gia đình, diễn biến, thuốc, xét nghiệm, ăn uống, ngủ nghỉ, vận động, đại tiểu tiện)
Chăm sóc phòng chống biến chứng loét tỳ đè ở bệnh nhân có nguy cơ.	Tỷ lệ loét ép ở bệnh nhân hôn mê bệnh nhân liệt, bệnh nhân bất động.
Nhiễm trùng mắc phải trong bệnh viện	Số trường hợp nhiễm trùng mắc phải trong bệnh viện nói chung; tỷ lệ NKBV chung; Tỷ lệ NKBV theo tuổi, giới và riêng cho từng loại bệnh,
Tinh thần thái độ của nhân viên với người bệnh	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh với tinh thần thái độ phục vụ của nhân viên y tế

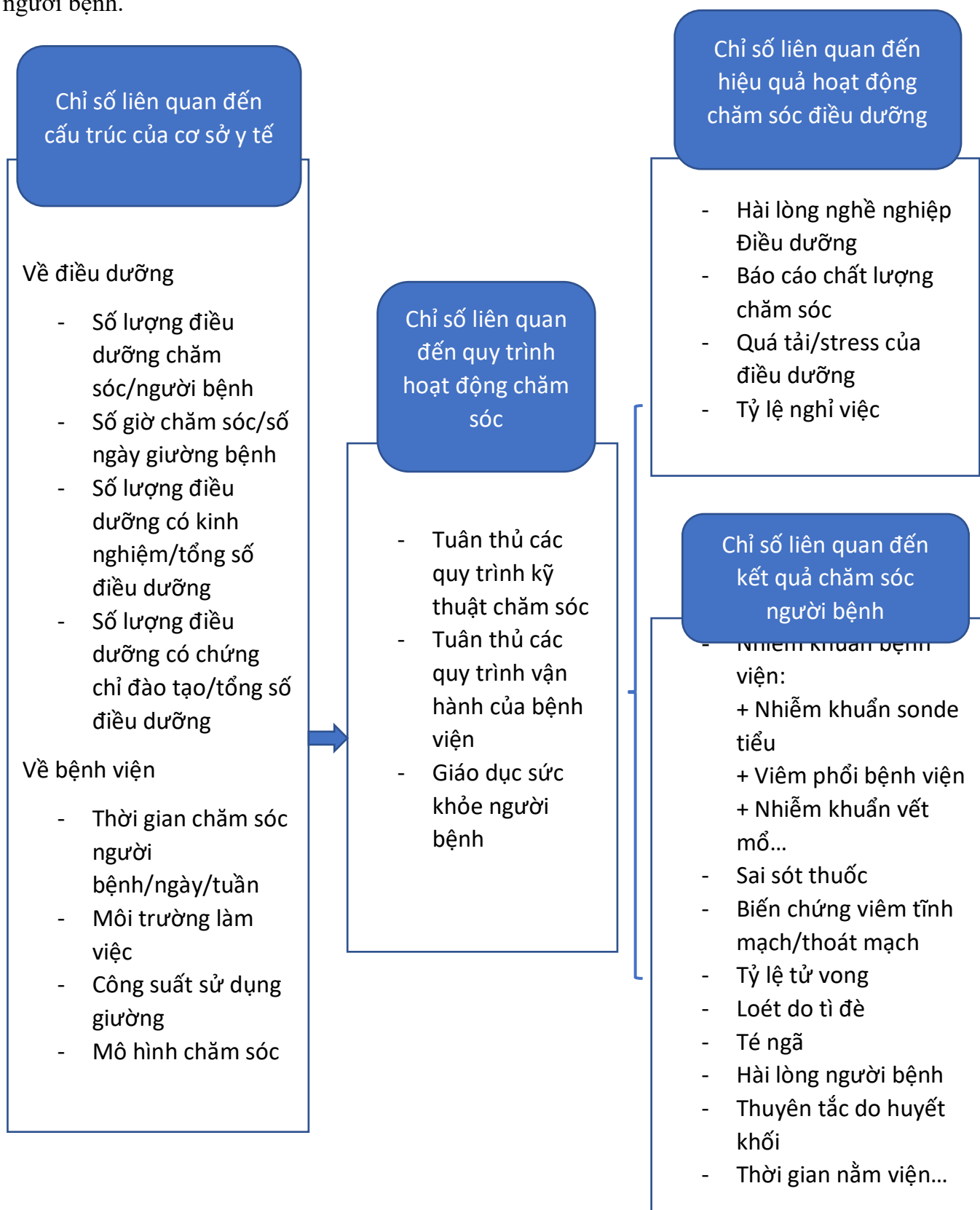
Trên thực tế, chúng ta thấy có một số hoạt động không thể đạt được chuẩn ngay, do vậy người ta đặt ra những ngưỡng để phân đầu cho từng giai đoạn. Ngưỡng là một **“Điểm cắt”** của một hành động hay một **“giá trị”** để phân danh giới mức độ của tiêu chuẩn có thể chấp nhận được (chất lượng). Để quyết định ngưỡng như thế nào cho phù hợp chúng ta phải dựa vào tính nghiêm trọng của vấn đề và nguồn lực sẵn có. **Ngưỡng quá cao có thể vấn đề** không được giải quyết và MỤC TIÊU phân đầu không thể đạt được. Ngưỡng **quá thấp** có thể không phản ánh đúng thực chất mức độ chất lượng của chăm sóc mà có thể chấp nhận được. Vì vậy khi xây dựng ngưỡng ta hãy sử dụng tài liệu, kết quả của các nghiên cứu khác, tiêu chuẩn của khu vực hay quốc tế để quyết định mức độ thích hợp hoặc là xác định mức độ sau khi biết tiêu chuẩn chăm sóc hiện thời.

4.3.3.2. Chỉ số quan trọng trong chăm sóc điều dưỡng

Các chỉ số quan trọng trong chăm sóc điều dưỡng là tiêu chí cho những thay đổi về tình trạng sức khỏe người bệnh mà việc chăm sóc điều dưỡng có thể ảnh hưởng trực tiếp đến⁽¹³⁾. Các chỉ số điều dưỡng ngày càng được chấp nhận như một công cụ hợp lệ và đáng tin cậy do các tính năng của chúng như đánh giá khách quan, cải thiện thực

hành lâm sàng, đánh giá chất lượng và hiệu quả chăm sóc điều dưỡng, gợi ý cho bệnh nhân trong việc lựa chọn bệnh viện để được chăm sóc. Những chỉ số này đặc trưng cho điều dưỡng và đã trở thành một lĩnh vực được quan tâm mạnh mẽ kể từ giữa những năm 1990. Trên thế giới, các hệ thống chăm sóc sức khỏe, các hội y khoa xem đánh giá kết quả của chỉ số chăm sóc điều dưỡng đại diện cho chất lượng chăm sóc của một cơ sở y tế⁽⁴⁾ (sơ đồ 1). Tại Việt Nam, chỉ số chăm sóc điều dưỡng là 1 trong các tiêu chí đánh giá chất lượng chăm sóc điều dưỡng trong Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam, được hướng dẫn trong chương 6 Hoạt động điều dưỡng và chăm sóc người bệnh⁽⁵⁾. Hiện nay mặc dù có nhiều bệnh viện và phòng điều dưỡng đã triển khai rất hiệu quả hướng dẫn, tuy nhiên vẫn còn nhiều nhân viên y tế chưa hiểu rõ được ý nghĩa vai trò của các

chỉ số cũng như áp dụng chỉ số chăm sóc điều dưỡng vào cải tiến chất lượng chăm sóc người bệnh.



Sơ đồ 1: Mô hình mối liên quan giữa các chỉ số chăm sóc điều dưỡng^(4, 9)

4.3.4 Tại sao cần có tiêu chuẩn và ngưỡng

- Để xác minh xem vấn đề có thực không để có hành động can thiệp kịp thời.
- Đánh giá lại để khẳng định vấn đề đã được giải quyết hay chưa
- Thống nhất sự theo dõi để vấn đề không tái diễn.
- Để cải tiến sự thực hành trong tương lai.

Ví dụ về ngưỡng: Thay bằng chuẩn là tất cả người bệnh đến khám bệnh không phải chờ đợi quá 1 giờ tại phòng khám bệnh, nhưng vì nhiều lý do (chưa cải tạo mở rộng được các bàn khám hoặc chưa có đủ biên chế phòng khám...) nên ngưỡng đặt ra là 80% số bệnh nhân được khám trong vòng một giờ kể từ khi hoàn thành thủ tục đăng ký khám.

5. Các mô hình quản lý chất lượng

Hiện nay trên thế giới có 3 mô hình quản lý chất lượng đang được phổ biến áp dụng đó là mô hình: ISO, Quản lý chất lượng toàn diện (TQM) và thẩm định công nhận (Accreditation).

* Quản lý chất lượng bằng ISO

Là sự quản lý chất lượng thông qua đánh giá hệ thống tổ chức hoạt động có được chuẩn hoá hay không dựa vào bộ tiêu chuẩn.

Tiêu chí chất lượng của mô hình này là: củng cố hệ thống nhằm duy trì chất lượng, ít chú ý đến khách hàng. Câu hỏi hành động là làm cái gì và với phương châm hành động mang tính phòng thủ (không để mất những gì đã có). Khi thực hiện mô hình này đòi hỏi đảm bảo đầu vào cao do vậy kinh phí thực hiện khá lớn. Mức độ phức tạp khi thực hiện khá cao nên chu kỳ đánh giá tương đối thưa (2 năm/chu kỳ). Nghiên cứu của tác giả Assena Stoimenova và cộng sự (2014) trên 312 bệnh viện ở Bulgaria đã được chứng nhận tiêu chuẩn ISO 9001 xác nhận rằng một hệ thống đã giúp tăng hiệu quả hoạt động, giảm sai sót, cải thiện an toàn bệnh nhân và xây dựng một phương thức tiếp cận phòng ngừa hơn là một môi trường đáp ứng^(17, 19). Nghiên cứu của tác giả Van Den Heuvel J và cộng sự (2005) cho thấy tiêu chuẩn ISO là sự tập trung vào các bệnh nhân đã được thiết lập. Áp dụng tiêu chuẩn ISO đã tác động tích cực lên an toàn bệnh nhân đã được chứng minh so với 10 bệnh viện khác^(17, 21). Nghiên cứu của tác giả Sven Beholz

và cộng sự (2005) tại Cộng hòa liên bang Đức cho thấy về cải thiện chi phí hiệu quả, tỷ lệ tử vong, hiệu quả trong quản lý tài liệu, tăng số lượng hồ sơ có sẵn lúc xuất viện và sự hài lòng của khách hàng bằng hệ thống quản lý chất lượng theo tiêu chuẩn ISO 9001:2000 từ năm 2000 đến năm 2003^(3, 17). Tương tự các nghiên cứu trên, nghiên cứu của tác giả Rodríguez-Cerrillo M và cộng sự (2012), cho thấy áp dụng tiêu chuẩn ISO 9001 đã làm gia tăng mức độ hài lòng của bệnh nhân, giảm các trường hợp khiếu nại từ bệnh nhân và các sự cố thiết bị y tế, hiệu suất của các nhà cung cấp bên ngoài được cải thiện, tăng tính có sẵn của vật tư và thuốc men thiết yếu, số lượng bệnh nhân nhập viện tăng lên, tuân thủ với phác đồ điều trị tăng, số trường hợp chuyển viện không phù hợp giảm⁽¹⁷⁾.

*** Quản lý chất lượng toàn diện (Total Quality Management-TQM):** Tăng cường chất lượng liên tục theo hệ thống, tiêu chuẩn dựa vào nguyên tắc hoạt động có tăng cường được chất lượng liên tục hay không?

Tiêu chí chất lượng của mô hình này là: Nhằm cải tiến chất lượng ngày càng cao hơn, lấy khách hàng làm trọng tâm do vậy câu hỏi hành động là Làm như thế nào? và phương châm hành động là tấn công (cải thiện) để đạt đến những MỤC TIÊU cao hơn và chu kỳ đánh giá ngắn (6 tháng/chu kỳ). Tuy nhiên trong mô hình này người ta lại ít chú ý đến đầu vào do vậy chi phí khi thực hiện mô hình này thường là không lớn. Tác giả Kaynak (2003) nhấn mạnh rằng việc áp dụng mô hình TQM có liên quan đến các chỉ số về hiệu suất chất lượng^(14, 17). Kumar và cộng sự (2009) đã kết luận chất lượng trong việc cải tiến quá trình, sản phẩm và kết quả chất lượng dịch vụ từ việc áp dụng TQM, tác giả Abdullah và cộng sự (2008) nhấn mạnh rằng hiệu suất của tổ chức tăng lên khi áp dụng TQM^(2, 15, 17). Một nghiên cứu của tác giả Mohammad Hossein Lashgari (2015) tại một bệnh viện quân sự ở Iran cho thấy việc áp dụng mô hình quản lý chất lượng đồng bộ (TQM) đã làm tăng mức độ hài lòng của nhân viên y tế từ 55,4% lên 71,3%, điều này cho thấy việc áp dụng mô hình TQM để tăng mức độ hài lòng của nhân viên y tế là rất có hiệu quả^(16, 17)

*** Thẩm định và công nhận (Accreditation)**

Là mô hình quản lý chất lượng dựa vào bộ tiêu chuẩn cứng, sau khi thẩm định bộ tiêu chuẩn đó trên thực tế sẽ cấp chứng chỉ công nhận. Tiêu chí chất lượng theo các

mô hình này là: củng cố hệ thống nhằm duy trì chất lượng. Cũng giống như mô hình ISO, mô hình này chú trọng vào hệ thống, các tiêu chuẩn quy trình; mức độ lấy khách hàng làm trọng tâm ít hơn so với mô hình TQM. Câu hỏi và phương châm hành động của mô hình này cũng giống như mô hình ISO đó là: làm cái gì và mang tính phòng thủ (không để mất cái gì đã có). Với mô hình này, mức độ phức tạp khi thực hiện rất cao nên chu kỳ đánh giá thưa (3 năm/chu kỳ) và đòi hỏi đảm bảo đầu vào hoàn thiện do vậy kinh phí thực hiện lớn.

Hiện nay trên thế giới, JCI (Joint Commission International) là bộ tiêu chuẩn cao nhất trong lĩnh vực thẩm định chất lượng y tế đang được thế giới áp dụng với hơn 200 điều và hơn 1.000 yếu tố đo lường với chu kỳ tái thẩm định mỗi 3 năm. JCI là tổ chức giám định chất lượng các cơ sở cung cấp dịch vụ y tế của Mỹ có hoạt động mở rộng trên 100 quốc gia kể từ năm 1994. Tiêu chuẩn JCI lấy bệnh nhân làm trung tâm, tập trung đặc biệt vào sự an toàn của người bệnh, chất lượng dịch vụ chăm sóc y tế và hệ thống quản lý chất lượng. Ngoài ra, tiêu chuẩn này còn xem xét một cách toàn diện đến quyền và nghĩa vụ của người bệnh, giáo dục người bệnh và thân nhân, truyền thông cho các dịch vụ y tế, chất lượng của đội ngũ nhân viên y tế⁽¹⁷⁾.

6. Quản lý chất lượng bệnh viện trên thế giới và Việt Nam

Năm 1970, bệnh viện tại các nước phát triển như Mỹ, Đức, Pháp đã thành lập hội đồng chất lượng để đánh giá việc đảm bảo chất lượng tại các bệnh viện. Hiện nay, các bệnh viện tại các nước này vẫn đang không ngừng tăng cường chất lượng thông qua việc thực hiện các mô hình quản lý chất lượng như ISO, TQM hay Accreditation.

Thực tế cho thấy hầu hết các nước áp dụng từ 2 đến 3 mô hình quản lý chất lượng trong bệnh viện như được minh họa ở bảng 2.

Ở Việt Nam từ năm 1997 một nhóm cán bộ trưởng Cán bộ Quản lý y tế (CBQLYT) nay là Đại học y tế công cộng và chương trình lao quốc gia được gửi đi đào tạo về quản lý chất lượng tại Trung tâm kiểm soát dịch bệnh (CDC), Hoa Kỳ, sau đó khoá đào tạo TQM đầu tiên cho các huyện thực địa của trường CBQLYT được thực hiện, đến nay nhà trường đã mở nhiều khoá học tương tự cho các cơ sở, các chương trình và dự án khác nhau.

Nhiều cơ sở y tế cũng đã áp dụng các mô hình quản lý chất lượng khác nhau như: Mô hình ISO áp dụng ở bệnh viện Nhi tỉnh Nghệ an, bệnh viện Thống Nhất-Đồng Nai. Mô hình TQM áp dụng ở bệnh viện Nhi Đồng I, bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí, bệnh viện đa khoa tỉnh Đồng Tháp, Trung tâm sức khoẻ sinh sản Khánh Hoà...

Bảng 2. Mô hình quản lý chất lượng bệnh viện áp dụng ở các nước

Tên nước	Loại hình quản lý chất lượng bệnh viện		
	Accreditation	TQM	ISO
Anh	+		+
Pháp	+	+	+
Nhật	+	+	
Mỹ	+	+	+
Canada	+	+	+
Australia	+		
Ấn độ	+	+	+
Zambia	+	+	+
Singapore		+	+
Thái Lan	+	+	+
Hồng Kông	+	+	+

7. Đề xuất mô hình quản lý chất lượng bệnh viện

7.1 Hệ thống tổ chức quản lý chất lượng bệnh viện

Theo kinh nghiệm của các nước và của một số bệnh viện trong nước đã áp dụng quản lý chất lượng thì hệ thống tổ chức quản lý chất lượng bệnh viện nên bao gồm:

1. Hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện. Hội đồng Quản lý chất lượng do Giám đốc bệnh viện ra quyết định thành lập. Chủ tịch hội đồng là Giám đốc hoặc Phó Giám đốc bệnh viện. Thư ký thường trực là trưởng phòng/trưởng đơn vị/cán bộ chuyên trách quản lý chất lượng bệnh viện. Số lượng thành viên hội đồng tùy thuộc vào quy mô của bệnh viện do Giám đốc bệnh viện quyết định. Các thành viên hội đồng gồm đại diện các khoa, phòng liên quan.

2. Đơn vị quản lý chất lượng bệnh viện: tùy theo quy mô, phân hạng bệnh viện để thành lập phòng quản lý chất lượng hoặc tổ quản lý chất lượng có cán bộ tham gia từ phòng kế hoạch tổng hợp và phòng điều dưỡng.

3. Mạng lưới quản lý chất lượng bệnh viện: hệ thống được thiết lập từ bệnh viện đến các khoa phòng. Mỗi khoa, phòng, đơn vị cử ít nhất một cán bộ tham gia mạng lưới Quản lý chất lượng để: giúp lãnh đạo triển khai thực hiện công tác quản lý chất lượng tại đơn vị; tham gia các hoạt động của mạng lưới quản lý chất lượng bệnh viện.

7.2 Lựa chọn mô hình và xây dựng kế hoạch quản lý chất lượng

Trước hết mỗi bệnh viện lựa chọn mô hình quản lý chất lượng phù hợp với từng lĩnh vực và điều kiện cụ thể của bệnh viện. Sau đó bệnh viện phải xây dựng kế hoạch quản lý chất lượng hằng năm trên cơ sở hiện trạng và MỤC TIÊU chất lượng. NỘI DUNG kế hoạch bao gồm: hoạt động đảm bảo và cải tiến chất lượng; nguồn lực để thực hiện; đào tạo; theo dõi, giám sát; và đánh giá. Trong kế hoạch phải có tiến độ thực hiện và phân công đơn vị, cá nhân chịu trách nhiệm hoặc phối hợp thực hiện.

7.3 Xây dựng và sử dụng chỉ số chất lượng

Mỗi bệnh viện phải xây dựng chỉ số chất lượng của cơ sở mình, trước hết là chỉ số chất lượng của các lĩnh vực ưu tiên, đồng thời thiết lập hệ thống thu thập thông tin các chỉ số đã xác định, hệ thống quản lý dữ liệu. Định kỳ xử lý, phân tích dữ liệu, báo cáo và lưu trữ kết quả.

7.4 Áp dụng chu trình cải tiến chất lượng

Khi xác định một vấn đề chất lượng, cơ sở phải áp dụng chu trình cải tiến chất lượng để cải thiện vấn đề được xác định. Chu trình cải tiến chất lượng phổ biến hiện đang được áp dụng rộng rãi là chu trình PDSA bao gồm các bước sau: lập kế hoạch (Plan-P); Thực hiện kế hoạch ở phạm vi hẹp (Do-D); theo dõi, giám sát và nghiên cứu các biện pháp can thiệp (Study-S); Tiếp tục thực hiện và nhân rộng hoặc có điều chỉnh rồi nhân rộng (Action - A).

Lưu ý: khi lập kế hoạch cho một vấn đề chất lượng của bệnh viện lúc đầu người ta chỉ nên thực hiện các biện pháp can thiệp ở một phạm vi nhỏ (ví dụ ở một khoa). Sau khi đánh giá rồi mới nhân rộng trên quy mô lớn hơn. Trong trường hợp đánh giá mà thấy vấn đề chất lượng đó không được cải thiện thì phải bắt đầu chu trình PDSA lại từ đầu, thậm chí là phải xác định lại vấn đề.

7.5 Điều kiện để thực hiện quản lý chất lượng

Để thực hiện được quản lý chất lượng Giám đốc bệnh viện phải:

- Thiết lập hệ thống tổ chức, xây dựng và ban hành các văn bản về quản lý chất lượng.
- Đầu tư nguồn lực cho quản lý chất lượng, bao gồm nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị và tài chính cụ thể:
 - * Nhân lực bao gồm: bố trí cán bộ chuyên trách về quản lý chất lượng, cán bộ mạng lưới quản lý chất lượng.
 - * Trang thiết bị và phương tiện bao gồm: công cụ và văn bản hướng dẫn về quản lý chất lượng, phương tiện phân tích, xử lý và lưu trữ dữ liệu quản lý chất lượng.
 - * Kinh phí thường xuyên để: thực hiện duy trì đảm bảo và cải tiến chất lượng; huấn luyện đào tạo và khen thưởng

8. Vai trò của điều dưỡng trong quản lý chất lượng chăm sóc bệnh nhân

8.1. Tác động của điều dưỡng đến an toàn, chất lượng của bệnh viện

Một báo cáo lần đầu tiên của Viện Y khoa Hoa Kỳ về vai trò của chăm sóc điều dưỡng trong Bệnh viện và Viện dưỡng lão với chất lượng bệnh viện năm 1996 về nhân lực chăm sóc thực tế có đủ không? Kết luận của báo cáo đã chỉ ra mặc dù dịch vụ chăm

sóc điều dưỡng là trọng tâm trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện, nhưng thực tế “có rất ít bằng chứng thực nghiệm để hỗ trợ cho các thông tin cho rằng chất lượng chăm sóc của bệnh viện đang bị ảnh hưởng bất lợi do tái cơ cấu bệnh viện và những thay đổi trong mô hình nhân sự điều dưỡng”^(7, 12).

Từ kết quả của báo cáo này, số lượng các nghiên cứu kiểm tra mối liên hệ giữa nhân sự điều dưỡng và chất lượng trong các bệnh viện đã bùng nổ. Các nghiên cứu chính chứng minh mối liên hệ giữa nhân viên chăm sóc điều dưỡng và kết quả của người bệnh, bao gồm thời gian nằm viện, tỷ lệ tử vong, loét do tì đè, huyết khối tĩnh mạch sâu và viêm phổi phải nhập viện đã được công bố trên các tạp chí đầu ngành và một số tạp chí uy tín về các đánh giá, tổng hợp và phân tích tổng hợp tài liệu đã được xuất bản khẳng định mối liên hệ của nhân viên điều dưỡng với kết quả điều trị của bệnh nhân⁽¹²⁾.

Khi Viện Y khoa Hoa Kỳ khảo sát đánh giá lại vấn đề mối liên quan giữa nhân viên điều dưỡng và chăm sóc bệnh nhân vào năm 2004 đã kết luận: “Nghiên cứu hiện đang bắt đầu ghi lại những gì mà các bác sĩ, bệnh nhân, các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác và bản thân các điều dưỡng đã biết từ lâu: chúng ta được các điều dưỡng chăm sóc ảnh hưởng như thế nào đến sức khỏe của chúng ta, và đôi khi có thể là vấn đề của sự sống hoặc cái chết”⁽⁸⁾. Trong khoảng giai đoạn đó, tiếp tục thêm nhiều vấn đề nghiên cứu chứng minh tác động của chăm sóc điều dưỡng lên chất lượng bệnh viện được thực hiện và mở rộng thông qua các chương trình như như Quỹ Robert Wood Johnson (RWJF), Sáng kiến Nghiên cứu Chất lượng Điều dưỡng Liên ngành (INQRI) với các dự án đang kiểm tra cách thức các quy trình chăm sóc cụ thể, chẳng hạn như điều phối chăm sóc, quản lý thuốc hoặc thực hiện thuốc dựa trên bằng chứng các quy trình chăm sóc có liên quan đến kết quả của bệnh nhân⁽¹²⁾.

Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu về lĩnh vực này, nhưng công chúng hoặc các nhà hoạch định chính sách vẫn chưa hiểu rõ bản chất công việc của điều dưỡng trong bệnh viện. Trong một cuộc khảo sát năm 2008, 88% công chúng đồng ý rằng việc đảm bảo có đủ điều dưỡng để theo dõi tình trạng bệnh nhân, điều phối chăm sóc và giáo dục bệnh nhân nên là một phần của nỗ lực cải thiện chất lượng bệnh viện, nhưng các chuyên gia nhận thấy rằng công chúng đang bối rối về những gì điều dưỡng thực hiện, hình thức đào tạo mà họ nhận được, và điều gì phân biệt điều dưỡng chăm sóc với nhân viên trợ

giúp chăm sóc và những nhân viên ít được đào tạo khác⁽⁶⁾. Công chúng hiểu rằng công việc của điều dưỡng đòi hỏi nhiều về thể chất và tinh thần nhưng có thể coi công việc này là cung cấp dịch vụ chăm sóc theo yêu cầu và mang lại sự thoải mái về thể chất và tinh thần cho bệnh nhân và gia đình của họ. Và điều dưỡng làm được nhiều hơn vậy, và công việc đòi hỏi cả trí tuệ và năng lực tổ chức. Trong số các nhiệm vụ quan trọng mà điều dưỡng thực hiện là (1) liên tục theo dõi và đánh giá bệnh nhân, bắt đầu các biện pháp can thiệp để giải quyết các biến chứng hoặc giảm nguy cơ; (2) điều phối dịch vụ chăm sóc do các nhà cung cấp khác cung cấp; và (3) giáo dục bệnh nhân và người nhà khi xuất viện, điều này có thể làm giảm nguy cơ biến chứng sau nhập viện và tình trạng tái phát⁽¹²⁾.

8.2. Tác động của điều dưỡng đến an toàn, chất lượng của bệnh viện

Nhiều nghiên cứu đã kiểm tra mối liên hệ của của chăm sóc điều dưỡng và chất lượng; tuy nhiên có rất ít hoặc hầu như không có kiểm tra tác động của điều dưỡng đối với chi phí. Một chuỗi nghiên cứu đã đánh giá liệu có trường hợp nào đối với việc tăng nhân sự điều dưỡng trong các bệnh viện có ảnh hưởng nào đến tăng chi phí của bệnh viện so với giảm được biến chứng điều trị và giảm thời gian nằm viện của người bệnh hay không. Một kết quả quan trọng của công trình này là việc tăng chi phí cũng cố nhân lực điều dưỡng chính là để giảm chi trả cho bệnh viện do chất lượng kém có liên quan đến giảm biến chứng người bệnh và giảm thời gian nằm viện^(10, 11, 20). Về chuyên môn lâm sàng, thời gian nằm viện ngắn hơn không chỉ phản ánh việc giảm các biến chứng kéo dài, mà còn là khả năng của các điều dưỡng để thực hiện công việc chăm sóc của điều dưỡng và điều phối công việc của những người khác một cách kịp thời và hiệu quả, phản ánh khả năng ảnh hưởng đến hiệu quả cũng như chất lượng của chăm sóc của điều dưỡng⁽¹²⁾.

8.3. Tác động của điều dưỡng đến hiệu quả quản lý mô hình chăm sóc.

Khai thác và tận dụng kiến thức của người điều dưỡng vào trong hệ thống chăm sóc sức khỏe. Điều dưỡng có thể đóng góp được kiến thức cơ bản về điểm mạnh và điểm yếu của hệ thống bệnh viện và cách chúng thất bại thông qua quan điểm của một người trực tiếp chăm sóc người bệnh. Khả năng của điều dưỡng trong việc tạo ra các giải pháp thay thế cho các hệ thống chưa hoàn chỉnh^(1, 18). Khi các bệnh viện tập trung vào việc

tăng cường độ an toàn và độ tin cậy, lấy bệnh nhân làm trung tâm và hiệu quả, kiến thức và cam kết của điều dưỡng đối với bệnh nhân cần được thể hiện một cách rõ ràng với người bệnh. Để đạt được điều này, quan điểm của điều dưỡng phải được thể hiện ở cấp lãnh đạo bệnh viện cao nhất và được tích hợp vào việc ra quyết định trong bệnh viện⁽¹²⁾.

Tăng khả năng hiện diện và sự tham gia của ban lãnh đạo điều dưỡng trong bệnh viện. Để làm được điều này, các nhà chức trách quản lý hệ thống y tế cần xây dựng các chương trình thẩm định và công nhận các bệnh viện mô hình kiểu mẫu (như mô hình quản lý Magnet accreditation). Lấy ví dụ về sự thành công này là các bệnh viện tại Mỹ được Trung tâm Chứng nhận Điều dưỡng Hoa Kỳ (the American Nurses Credentialing Center ANCC) công nhận về việc tuyển dụng và ổn định nhân sự điều dưỡng là các bệnh viện được chứng minh cung cấp dịch vụ chăm sóc chất lượng cao cho bệnh nhân⁽¹²⁾.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tài liệu Tiếng Việt

1. Bộ Y tế (2004). Tài liệu Quản lý điều dưỡng. Nhà xuất bản y học.
2. Potter P.A & Perry A.G. 5th Ed. (2005), *Fundamentals of Nursing*. Mosby Publisher.
3. Viện nghiên cứu Hệ thống y tế, Bộ Y tế Malaysia (2004). Đo lường và Quản lý chất lượng chăm sóc y tế: Mô đun đào tạo Cải tiến chất lượng.
4. Viện nghiên cứu Hệ thống y tế, Bộ Y tế Malaysia (2004). Hợp phần đào tạo tập huấn cán bộ đào tạo Đảm bảo chất lượng.
5. Hội Điều dưỡng Việt Nam. (2010). Dự thảo tiêu chuẩn đánh giá chất lượng chăm sóc người bệnh trong bệnh viện.

Tài liệu tiếng Anh

1. A.L. Tucker, S.J. Spear (2006). "Operational Failures and Interruptions in Hospital Nursing". *Health Services Research*.41(3):643–62.
2. Abdullah M. M, Uli J, Tari J. J (2008). "The influence of soft factors on quality improvement and performance: Perceptions from managers". *The TQM Journal*,.20(5):436-52.

3. Beholz S, Konertz W (2005). "Improvement in cost-effectiveness and customer satisfaction by a quality management system according to EN ISO 9001:2000". *Interactive cardiovascular and thoracic surgery*.4(6):569-73.
4. Beratiye Oner, Ferhat D. Zengul, Nurettin Oner, Nataliya V. Ivankova, Ayise Karadag, Patricia A. Patrician (2020). "Nursing-sensitive indicators for nursing care: A systematic review (1997–2017)". *Nursing Open*.8(3):1-18.
5. Bộ Y tế. Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam. Chương 6 Hoạt động điều dưỡng và chăm sóc người bệnh 2016.
6. G. Ferguson. National Post-Election Health Care Survey. www.championnursing.org/uploads/aarpprespe.pdf. 2008.
7. G.S. Wunderlich, et al. (1996). "Nursing Staff in Hospitals and Nursing Homes: Is It Adequate? Washington: National Academies Press ".(quote on page 9).
8. Institute of Medicine (US) Committee. Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses. Washington: National Academies Press. 2004.
9. Isis Montalvo "The National Database of Nursing Quality Indicators® (NDNQI®)". *The online Journal of Issues in Nursing*.12(3).
10. J. Needleman (2008). "Is What's Good for the Patient Good for the Hospital? Aligning Incentives and the Business Case for Nursing". *Policy, Politics, and Nursing Practice*.9(2):80-7.
11. J. Needleman, et al (2006). "Nurse Staffing in Hospitals: Is There a Business Case for Quality?". *Health Affairs*.1:204–11.
12. Jack Needleman, Susan Hassmiller (2009). "The Role Of Nurses In Improving Hospital Quality And Efficiency: Real-World Results". *Health Aff (Millwood)*.28(4):w625-33.
13. Joint Commission International (2014). "Joint Commission International Accreditation Standards for hospitals. 5th ed".9-72.
14. Kaynak H (2003). "The relationship between total quality management practices and their effects on firm performance". *Journal of operations management*.21(4):405-35.
15. Kumar V, Choisine F, de Grosbois D, et al (2009). "Impact of TQM on company's performance". *International journal of quality & reliability management*.26(1):23-37.

16. Lashgari M. H, Arefanian S, Mohammadshahi A, al. e (2015). "Effects of the Total Quality Management Implication on Patient Satisfaction in the Emergency Department of Military Hospitals"". J Arch Mil Med.3(1):e26952.
17. Nguyễn Minh Quân. Thực trạng và hiệu quả mô hình can thiệp nâng cao quản lý chất lượng khám chữa bệnh tại Bệnh viện Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh: Trường Đại học Y dược, Đại học Huế; 2019.
18. P.R. Ebright, et al (2006). "Understanding the Complexity of Registered Nurse Work in Acute Care Settings". Journal of Nursing Administration.33(12):630–8.
19. Stoimenova A, Stoilova A, Petrova G (2014). "ISO 9001 certification for hospitals in Bulgaria: does it help service?". Biotechnology & Biotechnological.28(2):372-8.
20. T.M. Dall, et al (2009). "Medical Care". The Economic Value of Professional Nursing.47(1):97–104.
21. Van den Heuvel J, Koning L, Bogers A. J, et al (2005). "An ISO 9001 quality management system in a hospital: bureaucracy or just benefits?". International Journal of Health Care Quality Assurance.18(5):361-9.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

I. Chọn câu trả lời đúng nhất:

Câu 1. Tiêu chuẩn cấu trúc đầu vào của quản lý chất lượng bao gồm:

- A. Xác định những hoạt động, những hành vi mong đợi của nhân viên cũng như những thành phần tạo nên sự chăm sóc bệnh nhân an toàn và hiệu quả.
- B. Tập trung vào những vấn đề cơ bản nhất như điều kiện và cơ chế cần thiết để vận hành tổ chức hay đơn vị.
- C. Được sử dụng cho việc lập kế hoạch, thực hiện và đánh giá những hoạt động cho cả người bệnh và nhân viên.
- D. Chỉ rõ những kết quả đạt được, được viết ra dưới thể thức một mục tiêu

Câu 2. Tiêu chuẩn kết quả (outcome standard) của quản lý chất lượng bao gồm:

- A. Tập trung vào tình trạng sức khỏe của người bệnh, những quyền lợi trong chăm sóc mà người bệnh được hưởng và sự thỏa mãn, hài lòng của họ với sự chăm sóc của nhân viên y tế.
- B. Xác định những hoạt động, những hành vi mong đợi của nhân viên cũng như những thành phần tạo nên sự chăm sóc bệnh nhân an toàn và hiệu quả.
- C. Có thể viết theo thể thức mô tả công việc, quy trình kỹ thuật, quy định, hướng dẫn.
- D. Tập trung vào những vấn đề cơ bản nhất như điều kiện và cơ chế cần thiết để vận hành tổ chức hay đơn vị.

Câu 3. Tiêu chuẩn quy trình (process standard) của quản lý chất lượng là:

- A. xác định những hoạt động, những hành vi mong đợi của nhân viên cũng như những thành phần tạo nên sự chăm sóc bệnh nhân an toàn và hiệu quả.
- B. Tập trung vào những vấn đề cơ bản nhất như điều kiện và cơ chế cần thiết để vận hành tổ chức hay đơn vị, bao gồm những quy định về tổ chức quản lý, tổ chức phục vụ chăm sóc, đầu tư nguồn lực về nhân lực, tài chính, phương tiện chăm sóc
- C. Tiêu chuẩn quy trình có thể viết theo thể thức mô tả công việc, quy trình kỹ thuật, quy định, hướng dẫn.

D. Những tiêu chuẩn này được sử dụng cho việc lập kế hoạch, thực hiện và đánh giá những hoạt động cho cả người bệnh và nhân viên.

Câu 4. Vì sao cần phải có tiêu chuẩn và ngưỡng trong quản lý chất lượng? CHỌN CÂU SAI

- A. Để xác minh xem vấn đề có thực không để có hành động can thiệp kịp thời
- B. Thống nhất sự theo dõi để vấn đề không tái diễn
- C. Đánh giá lại để khẳng định vấn đề đã được giải quyết hay chưa.
- D. Quản lý sự tuân thủ thực hiện cải tiến chất lượng.

Câu 5. Điều nào sau đây là đúng với cách thực quản lý chất lượng theo tiêu chuẩn ISO?

- A. Tăng cường chất lượng liên tục theo hệ thống, tiêu chuẩn dựa vào nguyên tắc hoạt động có tăng cường được chất lượng liên tục hay không?
- B. Nhằm cải tiến chất lượng ngày càng cao hơn, lấy khách hàng làm trọng tâm.
- C. Là mô hình quản lý chất lượng dựa vào bộ tiêu chuẩn cứng, sau khi thẩm định bộ tiêu chuẩn đó trên thực tế sẽ cấp chứng chỉ công nhận.
- D. Là sự quản lý chất lượng thông qua đánh giá hệ thống tổ chức hoạt động có được chuẩn hoá hay không dựa vào bộ tiêu chuẩn.

Câu 6. Điều nào sau đây là đúng với cách thực quản lý chất lượng theo mô hình Quản lý chất lượng toàn diện (Total Quality Management-TQM)?

- A. Tăng cường chất lượng liên tục theo hệ thống, tiêu chuẩn dựa vào nguyên tắc hoạt động có tăng cường được chất lượng liên tục hay không?
- B. Là mô hình quản lý chất lượng dựa vào bộ tiêu chuẩn cứng, sau khi thẩm định bộ tiêu chuẩn đó trên thực tế sẽ cấp chứng chỉ công nhận.
- C. Là sự quản lý chất lượng thông qua đánh giá hệ thống tổ chức hoạt động có được chuẩn hoá hay không dựa vào bộ tiêu chuẩn.
- D. Chú trọng vào hệ thống, các tiêu chuẩn quy trình; mức độ lấy khách hàng làm trọng tâm ít hơn so với mô hình TQM.

II. Chọn câu đúng sai

Câu 7. Chất lượng là một hành trình nghĩa là có điểm khởi đầu nhưng không có điểm kết thúc (luôn luôn cải tiến, nâng cao)

A. Đúng

B. Sai.

Câu 8. Để lựa chọn đúng vấn đề để cải tiến chất lượng chúng ta cần phải nghiên cứu vấn đề đó để khẳng định có đúng đó là vấn đề hay không

A. Đúng

B. Sai.

Câu 9. Tại cơ sở điều trị, mối quan hệ khăng giữa vấn đề chất lượng và chỉ số lâm sàng thường không rõ ràng.

A. Đúng

B. Sai.

BÀI 9. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Phân tích được mười vấn đề liên quan đến an toàn người bệnh
2. Phân tích được các biện pháp phòng ngừa sự cố y khoa, Phòng ngừa sai sót, sự cố y khoa trong phẫu thuật
3. Phân tích được các giải pháp đảm bảo an toàn trong dùng thuốc
4. Trình bày được các nội dung liên quan đến tổ chức công tác chăm sóc bảo đảm an toàn người bệnh

NỘI DUNG

1. Mười vấn đề ưu tiên liên quan đến an toàn người bệnh/khách hàng (theo WHO)

(1). Sự cố y khoa gánh nặng bệnh tật thứ 14 trên toàn cầu

Ước tính hàng năm có 421 triệu ca nhập viện tại tất cả bệnh viện trên toàn cầu, trong số người bệnh nhập viện này, có khoảng 42,7 triệu sự cố y khoa bất lợi xảy ra. Dữ liệu thống kê mới nhất của tổ chức y tế thế giới (WHO) cho thấy sự cố y khoa là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 14 trên toàn cầu.

(2). Cứ 10 người bệnh nhập viện thì có 1 người bệnh bị sự cố bất lợi

Ước tính cho thấy ở các nước có thu nhập cao, có đến 1/10 người bệnh bị sự cố y khoa trong thời gian được chăm sóc tại bệnh viện. Gần 50% các sự cố có thể phòng ngừa được. Trong một nghiên cứu về tần số và khả năng phòng ngừa các sự cố bất lợi tại 26 quốc gia có thu nhập thấp và trung bình, tỷ lệ các sự cố bất lợi là 8%, trong đó 83% có thể được phòng ngừa và 30% dẫn đến tử vong. Khoảng 2/3 các sự cố y khoa xảy ra ở những nước có thu nhập thấp và trung bình.

(3). Hàng triệu trường hợp sử dụng thuốc không an toàn

Thực hành sử dụng thuốc không an toàn và sai sót về thuốc là nguyên nhân hàng đầu gây tổn hại có thể tránh được trong các hệ thống chăm sóc sức khỏe trên toàn thế giới. Trên toàn cầu, chi phí liên quan đến các sai sót về thuốc ước tính là 42 tỷ đô la mỗi năm, chưa tính đến chi phí tiền lương, năng suất và chi phí chăm sóc sức khỏe. Số tiền

này chiếm gần 1% chi tiêu toàn cầu về sức khỏe. Lỗi hệ thống và lỗi con người như một lỗi của nhân viên, điều kiện làm việc kém, gián đoạn công việc hoặc thiếu nhân viên.

(4). Chi phí tiêu tốn cho các sự cố y khoa chiếm 15% tổng chi phí

Bằng chứng gần đây cho thấy 15% chi tiêu của bệnh viện ở các nước thuộc khối OECD (Tổ chức Hợp tác kinh tế và phát triển) là chi phí trực tiếp của các biến cố y khoa bất lợi, các sự cố nặng nề nhất bao gồm huyết khối tĩnh mạch, loét do nằm và nhiễm trùng. Ước tính tổng chi phí tổn hại do sự cố y khoa tại mỗi nước thuộc khối OECD lên đến hàng tỷ đô la mỗi năm

(5). Đầu tư cho hoạt động an toàn người bệnh có thể tiết kiệm đáng kể tài chính

Đầu tư vào việc giảm sự cố y khoa và gia tăng an toàn cho người bệnh có thể tiết kiệm tài chính đáng kể, chưa kể đến kết quả điều trị cho người bệnh sẽ tốt hơn. Tại Hoa Kỳ, các cải tiến an toàn người bệnh đã tiết kiệm được ước tính trị giá 28 tỷ đô la tại các bệnh viện tham gia khám chữa bệnh BHYT (Medicare) trong giai đoạn từ năm 2010 đến năm 2015

(6). Nhiễm trùng bệnh viện ảnh hưởng đến 14/100 người bệnh nhập viện

Trong số 100 người bệnh nhập viện tại bất kỳ thời điểm nào, có 7 người bệnh ở các nước có thu nhập cao và 10 người bệnh ở các nước có thu nhập thấp và trung bình, sẽ bị nhiễm trùng bệnh viện, ảnh hưởng đến hàng trăm triệu người bệnh trên toàn thế giới mỗi năm. Mỗi năm có khoảng 3,2 triệu người bệnh bị nhiễm trùng bệnh viện tại các nước thuộc khối Liên minh Châu Âu và có 37.000 trường hợp tử vong vì hậu quả trực tiếp. Các biện pháp phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn đơn giản và chi phí thấp, chẳng hạn như vệ sinh tay thích hợp, có thể giảm tần suất nhiễm trùng bệnh viện xuống hơn 50%.

(7). Hơn 1 triệu người bệnh tử vong hàng năm do biến chứng phẫu thuật

Ít nhất có 7 triệu người mỗi năm trải qua các biến chứng phẫu thuật, hơn 1 triệu người chết vì các biến chứng này. Mặc dù tỷ lệ tử vong liên quan đến tai biến phẫu thuật và gây tê đã giảm dần trong 50 năm qua, do nỗ lực cải thiện sự an toàn của người bệnh trong môi trường phẫu thuật, hiện nay, tử vong do tai biến phẫu thuật ở các nước có thu nhập thấp và trung bình cao hơn 2 đến 3 lần so với các quốc gia có thu nhập cao.

(8). Chẩn đoán muộn hoặc không chính xác

Nghiên cứu cho thấy ít nhất 5% người bệnh tại Mỹ gặp phải lỗi chẩn đoán tại khu vực điều trị ngoại trú, lỗi chẩn đoán đóng góp vào khoảng 10% số ca tử vong. Tại Malaysia, một nghiên cứu cắt ngang, xác định tỷ lệ mắc các lỗi chẩn đoán là 3,6%, đánh giá hồ sơ bệnh án cho thấy lỗi chẩn đoán chiếm từ 6 đến 17% tất cả sự cố y khoa trong bệnh viện. Bằng chứng từ các nước thu nhập thấp và trung bình bị hạn chế; tuy nhiên, tỷ lệ dự kiến cao hơn ở các nước có thu nhập cao

(9). An toàn bức xạ là một mối đáng quan tâm

Việc sử dụng các thiết bị y tế có bức xạ ion hóa y tế là tăng nguy cơ tiếp xúc của người dân với bức xạ. Trên thế giới, có hơn 3,6 tỷ lượt khám có sử dụng kỹ thuật x-quang được thực hiện mỗi năm, với 10% người bệnh này là trẻ em. Ngoài ra, hàng năm có hơn 37 triệu lượt sử dụng các kỹ thuật chẩn đoán và điều trị liên quan đến y học hạt nhân và 7,5 triệu lượt liên quan đến xạ trị được tiến hành. Việc sử dụng các kỹ thuật bức xạ y tế không tuân thủ những quy định nghiêm ngặt về an toàn bức xạ có thể dẫn đến các mối nguy hiểm cho cả người bệnh và nhân viên y tế.

(10). Lỗi quản trị tại các cơ sở y tế chăm sóc ban đầu

Các công trình nghiên cứu gần đây cho thấy rằng các lỗi trong chăm sóc ban đầu xảy ra từ 5 đến 80 lần cho mỗi 100.000 tham vấn tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu. Các lỗi liên quan đến hệ thống và quy trình cung cấp dịch vụ chăm sóc là loại lỗi được báo cáo thường xuyên nhất. Ước tính từ 5 đến 50% các lỗi trong chăm sóc ban đầu là các lỗi quản trị

2. Biện pháp phòng ngừa sự cố y khoa

2.1. Nguyên tắc trong phòng ngừa sự cố y khoa

2.1.1. Nguyên tắc chung

Việc phòng ngừa sự cố y khoa trên cơ sở nhận diện, báo cáo, phân tích tìm nguyên nhân, đưa ra các khuyến cáo phòng ngừa, tránh tái diễn sự cố y khoa để nâng cao chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, an toàn cho người bệnh và không nhằm mục đích khác.

Việc phòng ngừa sự cố y khoa được khuyến khích, động viên và được bảo vệ.

Hồ sơ phòng ngừa sự cố y khoa được quản lý theo quy chế bảo mật thông tin.

Việc phòng ngừa sự cố y khoa là trách nhiệm của lãnh đạo và nhân viên y tế làm việc trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2.1.2. Nguyên tắc cụ thể

a). Quản lý thông tin

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

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

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

- Sẵn sàng để khai thác trên toàn hệ thống
- Được lưu lại chính xác
- Hoàn chỉnh
- Được sắp xếp để trích xuất có hiệu quả các dữ liệu cần thiết - Đúng hạn - Các dữ liệu và thông tin mang tính so sánh về việc thực hiện phải sẵn sàng để ra quyết định, nếu áp dụng

- Cơ sở có khả năng thu thập và tổng hợp dữ liệu và thông tin để hỗ trợ việc chăm sóc và phục vụ, gồm những việc sau: Chăm sóc cá nhân và chăm sóc nói chung, quản trị và nghiệp vụ chuyên môn, phân tích các xu hướng theo thời gian, so sánh việc thực hiện theo thời gian trong nội bộ cơ sở và với các cơ sở khác, cải tiến nghiệp vụ chuyên môn và kiểm soát nhiễm khuẩn.

Quản lý tốt thông tin đòi hỏi:

- Khuyến khích trao đổi và hợp tác giữa bác sĩ và điều dưỡng hoặc các nhân viên chăm sóc khác. Tránh văn hóa theo thứ bậc

- Xây dựng và khuyến khích hệ thống báo cáo không khiển trách, khuyến khích nhân viên báo cáo các tai nạn, sự ngừng hoạt động, hoặc cận-sự-cổ. Có thể sử dụng những từ như tai nạn hoặc sự ngừng hoạt động thay vì lỗi, và trách nhiệm thay vì khiển trách. Cho phép báo cáo bí mật hoặc vô danh về các tai nạn y tế, cận-tai-nạn, và rủi ro trong qui trình hoặc môi trường chăm sóc.

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

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

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

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

b). Xác định người bệnh

* Các nguyên tắc chung trong xác định người bệnh:

- Phải xác định một cách đáng tin cậy, chính xác người bệnh được chăm sóc, điều trị, và phục vụ

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

* Các nội dung cần thiết trong xác định người bệnh:

- Phải có 2 mẫu thông tin để nhận dạng người bệnh (ví dụ, tên và ngày sinh của người bệnh). Có thể sử dụng băng cổ tay có ghi tên và một con số riêng biệt của người bệnh để nhận dạng chính xác người bệnh (tên và con số riêng biệt là hai mẫu thông tin).

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

c). Cải tiến việc trao đổi thông tin của nhân viên.

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

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

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

- Lãnh đạo bệnh viện cần thông tin cho NVYT về vai trò của cải tiến việc trao đổi thông tin đối với chất lượng và sự an toàn trong chăm sóc sức khỏe.

- Thất bại trong trao đổi thông tin phải được nhìn nhận là do lỗi hệ thống hơn là quy cho bất cứ một nhân viên cụ thể nào.

- NVYT phải nắm được lợi ích của việc làm việc nhóm, sự hợp tác, và trao đổi thông tin để có được sự trao đổi thành công trong công việc

- Ngoài việc trao đổi giữa các thầy thuốc với nhau, và với các chuyên gia y tế khác, trao đổi giữa thầy thuốc với người bệnh và gia đình họ là rất cần thiết. Người bệnh và các thành viên trong gia đình cũng cần được giáo dục về giá trị của việc trao đổi thông tin với người chăm sóc sức khỏe cho mình.

- Cơ sở y tế cần phải nắm chắc người bệnh là ai.

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

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

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

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

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

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

2.2. Mục tiêu của việc xử lý cần đạt được khi có sự cố y khoa xảy ra

Duy trì hoạt động khám bệnh, chữa bệnh nơi xảy ra sự cố y khoa nhằm đảm bảo triển khai công tác chăm sóc sức khỏe cho nhân dân trên địa bàn đồng thời khẩn trương

triển khai các giải pháp cụ thể nhằm hạn chế đến mức thấp nhất sự cố y khoa xảy ra trong tương lai.

Xác định nguyên nhân của sự cố y khoa để có các phương án giải quyết hợp pháp, hợp lý và đôi khi hợp tình

Đảm bảo giải quyết thỏa đáng nhất các khiếu kiện của người bệnh, người nhà người bệnh trên cơ sở thỏa thuận, thương thuyết là chính nhưng phải đảm bảo phù hợp với quyền và lợi ích hợp pháp của các bên liên quan trong khiếu kiện.

2.3. Biện pháp phòng ngừa

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

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

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

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

Hiện nay, bức tranh về sự cố y khoa không đầy đủ do chưa có hệ thống báo cáo bắt buộc sự cố y khoa. Những thông tin trên đài, báo chí mới chỉ là phần nổi của tảng

bằng lớn. Ngành Y tế thiếu thông tin để xác định quy mô và chiều hướng của các sự cố y khoa nên chưa có biện pháp khắc phục và cải tiến hiệu quả. Cơ quan quản lý thường rơi vào tình trạng bị động chạy theo báo chí. Theo kinh nghiệm của các nước, hệ thống báo cáo sự cố y khoa bao gồm các thành tố sau:

- Cơ sở pháp lý: Quy định về quy trình giải quyết sự cố y khoa, quy định pháp lý về báo cáo và sử dụng thông tin về sự cố y khoa và các cơ chế tài chính 19 của cơ quan bảo hiểm từ chối hoặc cắt giảm chi trả cho các trường hợp liên quan tới sự cố y khoa.

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

- Về phân tích nguyên nhân gốc: Thông tư số 19/2013/TT-BYT về hướng dẫn quản lý chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh trong các bệnh viện 21 đã quy định các bệnh viện cần xây dựng quy trình đánh giá sai sót chuyên môn, sự cố y khoa để xác định nguyên nhân gốc, nguyên nhân có tính hệ thống và nguyên nhân liên quan tới nhân viên y tế; Việc xác định nguyên nhân gốc cần coi trọng các yếu tố liên quan tới các cá nhân và các yếu tố hệ thống, khi cả yếu tố cá nhân (lỗi hoạt động) và các yếu tố nguy cơ gián tiếp (lỗi hệ thống) được loại bỏ thì chắc chắn sẽ giảm được sự cố y khoa.

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

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

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

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

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

Môi trường y tế trong đó các bác sĩ, điều dưỡng cung cấp dịch vụ đang phải đối mặt với nhiều yếu tố rủi ro liên quan tới hệ thống như: (1) người bệnh quá tải; (2) nhân lực thiếu dẫn đến thời gian khám và tiếp xúc với người bệnh ngắn; (3) thiếu phương tiện để chăm sóc đáp ứng nhu cầu người bệnh; (4) áp lực tâm lý do pháp lý bảo vệ người hành nghề còn bất cập.

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

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

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

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

Nhận thức và quan điểm của người quản lý về văn hóa an toàn người bệnh quyết định kết quả triển khai chương trình an toàn người bệnh. Trước hết, người quản lý cần

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

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

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

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

Thực hiện những đổi mới về văn hóa kiểm tra đánh giá: Cơ sở y tế chủ động áp dụng và tự nội kiểm theo các bộ Tiêu chuẩn chất lượng, loại bỏ lối tư duy đối phó, chạy theo thành tích. Khuyến khích việc ra đời và vận hành các cơ quan đánh giá ngoại kiểm độc lập theo quy định của luật Khám bệnh, chữa bệnh. Thực hiện mô hình chăm sóc y tế lấy người bệnh làm trung tâm (patient - Centered Care). Hệ thống cung cấp dịch vụ CSSK thế kỷ XXI cần được tổ chức theo hướng “Lấy người bệnh làm trung tâm”. Tăng cường mối quan hệ đối tác giữa một bên là người bệnh/gia đình người bệnh và một bên là CBYT. Người bệnh và gia đình họ cần được khuyến khích tham gia vào quá trình chăm sóc điều trị, được thông tin đầy đủ, được tư vấn cụ thể để chấp nhận các phương pháp điều trị một cách chủ động...

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.4. Nghiên cứu một số tình huống

Tình huống 1: Điều dưỡng ở 1 khoa phẫu thuật nhận máu tại ngân hàng máu. Cô ấy nói “Cho xin túi máu của người bệnh Lan”. Vào thời điểm đó, có 2 túi máu của hai khoa khác nhau, nhưng đều cùng tên Lan. Nhân viên ngân hàng máu đưa bạch máu của người bệnh Lan của khoa khác. Điều dưỡng nhận về. BS thử phản ứng chéo có thấy hơi

có ngưng tụ nhưng cho là không vấn đề gì và vẫn cho truyền. Người bệnh nhận được máu không đúng với mình; phản ứng truyền máu xảy ra và người bệnh tử vong.

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

3. Truyền thông giao tiếp trong phòng ngừa sai sót, sự cố y khoa

3.1. Truyền thông giao tiếp hiệu quả và không hiệu quả

Điều quan trọng là phải xác định được chúng ta đang nói chuyện với ai, vì vậy cần kiểm tra một số thông tin sau trước cuộc giao tiếp:

- Khả năng nói, khả năng sử dụng ngôn ngữ
- Có sử dụng “ngoại ngữ” không? (không thuộc ngôn ngữ chính mà chúng ta đang dùng)
- Khung thời gian mà chúng ta và người bệnh có cho cuộc giao tiếp
- Giao tiếp trực tiếp mặt đối mặt hay gián tiếp
- Tình trạng bệnh
- Trạng thái tinh thần thay đổi
- Có bị tác dụng phụ do đang dùng thuốc hay không?
- Rối loạn tâm lý, trầm cảm, xuống tinh thần...
- Đặc điểm dân số học: tuổi, giới, dân tộc, văn hóa, học vấn, nghề nghiệp
- Giao tiếp đơn lẻ hay cùng với người thân của người bệnh...

* Một số lời khuyên quan trọng để đạt hiệu quả cao trong giao tiếp với người bệnh:

- Hãy tìm hiểu kỹ những gì người bệnh đã biết
- Tìm hiểu xem người bệnh đang muốn/cần biết những thông tin gì
- Đồng cảm
- Chậm rãi và từ tốn

- Đơn giản hóa thông tin truyền đạt
- Nói đúng sự thật
- Niềm tin và hy vọng
- Quan sát sắc mặt, cử chỉ, hành động
- Chuẩn bị cho những phản ứng của đối phương
- Linh hoạt và sáng tạo

3.2. Làm việc nhóm và thông tin liên lạc

Đây là một kỹ năng mềm cực kì quan trọng trong các hoạt động quản lý chất lượng và an toàn người bệnh trong hoạt động khám bệnh, chữa bệnh của các cơ sở y tế.

Khả năng làm việc nhóm (teamwork) được xem như là một trong những nhân tố chính tạo nên sự phát triển toàn cầu

3.3. Văn hóa an toàn

Văn hóa an toàn người bệnh 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, và cán bộ quản lý điều hành) đứng ra chịu trách nhiệm về an toàn của bản thân, của đồng nghiệp, người bệnh, thân nhân người bệnh và khách đến thăm;

(2) văn hóa ưu tiên đặt an toàn lên trước mục tiêu về tài chính và tổ chức;

(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/tai biến;

(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.

Một tổ chức được xem là có văn hóa an toàn khi mỗi thành viên của tổ chức đó, bất chấp ở cương vị nào, đều thể hiện vai trò chủ động trong phòng ngừa sai sót, và vai trò của từng cá nhân này được sự hỗ trợ của tổ chức. Nghiên cứu về văn hóa an toàn người bệnh, các tác giả đã đúc kết bảy yếu tố cấu thành văn hóa an toàn người bệnh trong bệnh viện:

(1) Lãnh đạo xem an toàn người bệnh là ưu tiên hàng đầu trong mọi hoạt động của bệnh viện

(2) Các hoạt động trong bệnh viện được tổ chức làm việc theo đội/nhóm một cách hiệu quả

(3) Thực hành dựa vào chứng cứ như phác đồ điều trị của bệnh viện phải dựa trên cơ sở y học chứng cứ, và thực hành lâm sàng tuân thủ phác đồ điều trị

(4) Mọi người được quyền nói và chỉ ra những nguy cơ, sai sót trong khoa mình, được tham gia sáng kiến cải tiến về an toàn người bệnh

(5) Cách thức bệnh viện tổ chức học hỏi từ sai sót, và cải tiến từ sai sót

(6) Đảm bảo công bằng, xem xét lỗi hệ thống trước khi kết luận lỗi cá nhân

(7) Lấy người bệnh làm trung tâm.

4. Phòng ngừa sai sót trong sử dụng thuốc

4.1. Các thuật ngữ

4.1.1. Phân loại theo sai sót trong sử dụng thuốc

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

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

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

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

4.1.2. Phân loại theo sai sót trong sử dụng thuốc theo biến cố

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

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

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

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

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

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

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

4.1.3. Phân loại theo các sai sót trong sử dụng thuốc theo mức độ nghiêm trọng

Chưa gây sai sót	A	Sự cố có khả năng gây sai sót
Sai sót, không gây tổn hại	B	Sai sót đã xảy ra nhưng không ảnh hưởng tới người bệnh
	C	Sai sót đã xảy ra ảnh hưởng tới người bệnh nhưng không gây tổn hại
	D	Sai sót đã xảy ra ảnh hưởng tới người bệnh, yêu cầu giám sát và báo cáo kết quả có tổn hại đến người bệnh không hoặc có biện pháp can thiệp làm giảm tổn hại.
Sai sót, gây tổn hại	E	Sai sót đã xảy ra gây tổn hại tạm thời đến người bệnh, yêu cầu có can thiệp
	F	Sai sót đã xảy ra gây tổn hại tạm thời đến người bệnh, yêu cầu nằm viện hoặc kéo dài thời gian nằm viện.
	G	Sai sót đã xảy ra gây tổn hại vĩnh viễn đến người bệnh

	H	Sai sót đã xảy ra, yêu cầu tiến hành các can thiệp cần thiết để duy trì cuộc sống của người bệnh.
Sai sót dẫn đến tử vong	I	Sai sót đã xảy ra gây tử vong.

4.2. Các yếu tố liên quan

Các yếu tố	Sai sót có thể xảy ra
1. Thông tin về người bệnh (VD: tên, tuổi, giới tính, chẩn đoán, có thai không, dị ứng, cân nặng, chiều cao, các xét nghiệm đã làm, kết quả điều trị các lần trước, các thông số chức năng sống như mạch, nhiệt độ, huyết áp, khả năng chi trả, người bệnh có BHYT hay không có...) <i>Thông tin cần thiết về BN cần có sẵn và dễ dàng tra cứu khi kê đơn, cấp phát và giám sát sử dụng thuốc</i>	- Thất bại trong hiệu chỉnh liều cho người bệnh suy gan, suy thận - Không biết tiền sử dị ứng của người bệnh - Chỉ định các thuốc cấm chỉ định cho phụ nữ có thai - Thất bại trong điều trị thuốc nhóm opioids cho người bệnh suy hô hấp - Nhầm người bệnh - Người bệnh không có khả năng chi trả chi phí trong điều trị - Cân nặng của người bệnh không phù hợp với liều
2. Thông tin thuốc Liều tối đa, dạng thuốc, đường dùng, chú ý khi sử dụng, cảnh báo đặc biệt, tương tác thuốc... <i>Các thông tin thuốc đặc biệt cần thiết trong kê đơn, cấp phát, quản lý sử dụng thuốc</i>	- Không thu thập đầy đủ thông tin về các thuốc đang sử dụng thuốc của người bệnh - Không có đầy đủ thông tin thuốc dẫn đến kê sai liều hoặc sai đường dùng thuốc. - Cán bộ y tế không giám sát chặt chẽ các thuốc mới hoặc các thuốc cần lưu ý đặc biệt

Các yếu tố	Sai sót có thể xảy ra
	- Không biết hoặc bỏ qua các tương tác có hại của thuốc
3. Trao đổi thông tin Trao đổi thông tin cởi mở giữa bác sỹ, dược sỹ và điều dưỡng/nữ điều dưỡng <i>Cách thức trao đổi thông tin thuốc và sử dụng thuốc là tiêu chuẩn hóa và tự động hóa giảm thiểu các sai sót trong sử dụng thuốc</i>	- Hỏi không rõ ràng hoặc yêu cầu thuốc không rõ ràng - Đơn thuốc viết không rõ ràng - Thông tin về thuốc được yêu cầu không đầy đủ: thiếu liều dùng, hàm lượng, đường dùng hoặc tổng liều thuốc kê đơn cho người bệnh ngoại trú. - Chữ viết tắt không rõ ràng (μg và mg) - Nghe không rõ tên thuốc hoặc tên người bệnh
4. Tên thuốc, nhãn thuốc và dạng đóng gói Nhãn thuốc rõ ràng giúp xác định tên thuốc, hàm lượng trên tất cả các dạng bao gói. <i>Nhãn thuốc rõ ràng, dễ đọc nhằm giảm thiểu nhầm lẫn với các thuốc nhìn giống nhau và đóng gói giống nhau.</i>	- Các thuốc nhìn giống nhau, tên gói giống nhau, đóng gói giống nhau dễ bị nhầm lẫn. - Các nhãn thuốc khó hiểu hoặc không rõ ràng - Thuốc hoặc bơm thuốc không có nhãn - Dịch truyền không có nhãn hoặc dung dịch pha truyền không ghi rõ thành phần - Thông tin quan trọng trên nhãn thuốc bị che khuất - Cấp phát số lượng lớn nhưng không ghi rõ tên người bệnh - Thuốc không có nhãn
5. Tiêu chuẩn hóa bảo quản, tồn trữ thuốc Bảo quản thuốc, cấp phát thuốc, pha chế thuốc, nồng độ thuốc	- Nhiều dung dịch tiêm truyền tĩnh mạch - pha sai nồng độ - Điều dưỡng chuẩn bị dung dịch tiêm

Các yếu tố	Sai sót có thể xảy ra
Dung dịch truyền tĩnh mạch, nồng độ thuốc và thời gian truyền cần được chuẩn hóa <i>Thuốc được cấp phát đến người bệnh an toàn và kịp thời</i>	truyền - Sử dụng dung dịch pha thuốc không đúng - Lựa chọn thuốc không đúng do lỗi bảo quản tại kho thuốc và hộp thuốc của BN - Các hóa chất độc, bốc hơi để cùng nhau bị ảnh hưởng - Sai thời điểm dùng thuốc - Sử dụng thuốc không kịp thời do yêu cầu thuốc chậm
6.Thiết bị hỗ trợ dùng thuốc VD: dây truyền, bơm tiêm, thiết bị cấy thuốc vào cơ thể, bơm tiêm pha thuốc, dụng cụ theo dõi đường huyết <i>Các thiết bị hỗ trợ dung thuốc đạt chuẩn thông qua quá trình mua sắm, bảo quản và sử dụng sẽ giảm thiểu được các nguy cơ do người sử dụng</i>	- Bơm tiêm điện bị lỗi - Không kiểm soát được tốc độ truyền dịch do lỗi của dây truyền dẫn đến sai liều thuốc - Các thiết bị truyền dịch không tương thích với nhau dẫn đến sai sót trong dùng thuốc (kim truyền và dây truyền) - Cung cấp thiết bị hỗ trợ dùng thuốc không đầy đủ (thiếu bơm tiêm điện)
7. Các yếu tố môi trường làm việc ảnh hưởng đến nhân viên y tế. Ví dụ: đồng nghiệp, sức khỏe, cách tổ chức đơn vị, ánh sáng, tiếng ồn, quá tải trong công việc, lịch làm việc... <i>Việc sử dụng thuốc bao gồm kê đơn, cấp phát thuốc, thực hiện thuốc và giám sát sử dụng thuốc cần được tiến hành trong một</i>	- Thuốc sắp xếp lộn xộn do thiếu không gian hoặc do môi trường làm việc không gọn gàng, hoặc do quá nhiều thuốc và không thể sắp xếp được. - Hiểu sai đơn đặt hàng do quá ồn và mất tập trung - Sai sót trong chuẩn bị thuốc do thiếu ánh sáng và thiếu tủ đựng thuốc

Các yếu tố	Sai sót có thể xảy ra
<i>môi trường làm việc thích hợp có đủ ánh sáng,</i>	- Nhân sự không đủ dẫn đến quá tải trong công việc và các thủ tục hành chính - Cán bộ y tế mệt mỏi gây sai sót và kém hiệu quả trong công việc. - Nghỉ ngơi không đủ dẫn đến quá tải về tinh thần và tăng khả năng gây sai sót - Thiếu kế hoạch dự phòng về nhân sự cho nghỉ ốm và nghỉ lễ - Không chuẩn bị nhân lực cho các dịch vụ kỹ thuật mới
8. Năng lực và đào tạo của cán bộ y tế (Ví dụ: chuyên khoa tạo, bằng cấp, năng lực chuyên môn, kỹ năng, các hoạt động chuyên môn đã tham gia, các bằng cấp khác...) Cán bộ y tế được đào tạo đầy đủ, đúng chuyên ngành và được đánh giá năng lực chuyên môn và kỹ năng hàng năm có liên quan đến việc sử dụng thuốc an toàn, hợp lý Cán bộ y tế cần được đào tạo liên tục về phòng ngừa các sai sót có liên quan đến sử dụng thuốc và an toàn trong sử dụng thuốc để tránh các nguy cơ tiềm ẩn nếu xảy ra các biến cố bất lợi.	- Thiếu hiểu biết về các quy tắc trong thực hành và môi trường làm việc dẫn đến chậm trễ và sai sót gây ra hiểu lầm giữa điều dưỡng và dược sỹ. - Thiếu hiểu biết về đánh giá và theo dõi người bệnh dẫn đến sai sót hoặc sử dụng thuốc không đúng. - Nhân viên mới, thiếu kinh nghiệm có thể gây các sai sót do quá tải về nhiệm vụ và chưa thành thạo các quy trình làm việc - Sai sót trong sử dụng thuốc liên quan đến phân công công việc không phù hợp với chuyên ngành, định hướng hoặc phân công cho người mới, chưa quen với công việc

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

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

4.3. Nguyên nhân của sai sót trong sử dụng thuốc

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

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

4.4. Nghiên cứu một số tình huống

Đơn thuốc là căn cứ hợp pháp để bán thuốc, cấp phát thuốc, pha chế thuốc theo đơn và sử dụng thuốc. Rất nhiều sai sót liên quan đến kê đơn không được phát hiện và báo cáo. Tuy nhiên, các bằng chứng nghiên cứu đến nay cho thấy, sai sót thuốc trong kê

đơn là vấn đề thực tế rất quan trọng. Trong một phân tích về ảnh hưởng của các sai sót y tế với đối tượng trẻ em đã xác định các sai sót chiếm 24,5% các can thiệp y tế được ghi nhận, sai sót phổ biến nhất thuộc về các sai sót trong kê đơn chiếm 68,3%. Các sai sót trong kê đơn nếu không được phát hiện có thể gây ra các sai sót trong thực hành. Tuy nhiên, dược sĩ và điều dưỡng có thể tham gia phát hiện tới 70% các sai sót thuốc trong đơn thuốc. Đối với đơn thuốc ngoại trú, các thông tin trong đơn cần ghi rõ: Họ tên đầy đủ và địa chỉ liên lạc của người bệnh, các thông tin khác về người bệnh: tuổi, giới tính, cân nặng, dị ứng thuốc..., tên thuốc (nên là tên generic), nếu là tên biệt dược, nên ghi thêm tên hoạt chất, hàm lượng/ nồng độ của thuốc, dạng bào chế thuốc, số lượng thuốc (ghi rõ số lượng sử dụng theo đơn vị, không nên ghi theo đơn vị đóng gói), hướng dẫn dùng thuốc, bao gồm cách dùng, đường dùng, liều dùng, (ghi rõ: “Dùng theo chỉ dẫn của bác sỹ”). Đối với người bệnh nội trú, bác sỹ cần khai thác đầy đủ thông tin bao gồm: chức năng gan, thận, tuổi, cân nặng để tính liều dùng thuốc hoặc các chống chỉ định cho người bệnh

Một số sai sót thường gặp trong kê đơn thuốc

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

4.5. Giải pháp bảo đảm an toàn trong sử dụng thuốc

4.5.1. Giải pháp mang tính hệ thống

(1). Cung cấp đầy đủ chính xác thông tin người bệnh

- Trả kết quả xét nghiệm qua mạng
- Thông báo về tiền sử dị ứng của người bệnh cho bác sỹ/dược sỹ trước khi cấp phát và giám sát sử dụng thuốc
- Liệt kê các phản ứng dị ứng và chẩn đoán trên y lệnh hoặc đơn thuốc

- Đeo vòng đeo tay đánh dấu người bệnh có tiền sử dị ứng
- Luôn mang theo y lệnh khi giám sát sử dụng thuốc, tư vấn cho người bệnh trước khi cấp phát thuốc
- Yêu cầu theo dõi kỹ người bệnh có nguy cơ cao: béo phì, hen, ngưng thở khi ngủ... khi sử dụng thuốc nhóm opioids

(2). Cung cấp đầy đủ thông tin thuốc cho bác sỹ, điều dưỡng

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

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

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

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

- Lưu ý các thuốc nhìn giống nhau hoặc tên thương mại giống nhau
- Cấp phát cho khoa lâm sàng thuốc có tên thuốc, hàm lượng.
- Dán nhãn cho tất cả các thuốc, làm nổi bật tên thuốc và hàm lượng
- Trong khoa lâm sàng, các thuốc uống được bảo quản trong hộp đến tận khi cấp phát cho người bệnh.
- Sắp xếp các thuốc nhìn giống nhau tại các nơi riêng biệt tránh nhầm lẫn

- Sử dụng các nhãn cảnh báo cho nhân viên y tế về các thuốc có chỉ dẫn đặc biệt về bảo quản hoặc độ an toàn
- Đảm bảo các thuốc đều dễ đọc và dễ hiểu

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

- Chuẩn hóa nồng độ của Insulin, Heparin, Morphine
- Sử dụng các dung dịch tiêm truyền đã pha sẵn
- Hạn chế việc điều dưỡng pha dung dịch tiêm truyền tĩnh mạch trong trường hợp cấp cứu
- Xây dựng quy định lĩnh thuốc hàng ngày, thuốc cấp cứu cho nhân viên y tế
- Bảo quản chặt các thuốc cảnh báo cao, các thuốc dùng cho người bệnh đặc biệt, thuốc cần quản lý theo quy định
- Không để các dung dịch điện giải đậm đặc tại các hộp thuốc cá nhân của người bệnh
- Cấp phát thuốc cho người bệnh theo liều dùng, không cấp phát theo tổng liều điều trị
- Loại bỏ các thuốc sử dụng không liên tục ra khỏi các thiết bị kịp thời
- Không vay mượn thuốc của người bệnh trong quá trình điều trị
- Thiết lập tủ thuốc cấp cứu tại các khoa lâm sàng

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

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

(7). Đảm bảo môi trường làm việc ảnh hưởng đến nhân viên y tế

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

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

- Bố trí công việc đúng theo chuyên ngành đào tạo, định kỳ đánh giá
- Bố trí công việc hợp lý giảm quá tải trong công việc
- Yêu cầu các điều dưỡng mới phải thực tập tại khoa Dược để làm quen với công việc cấp phát thuốc.
- Yêu cầu các dược sỹ mới phải thực tập tại khoa lâm sàng để làm quen với quy trình sử dụng thuốc.
- Cung cấp thông tin thuốc mới trước khi đưa vào sử dụng
- Khoa Dược dán nhãn cảnh báo cho điều dưỡng các thông tin cần lưu ý với các thuốc cảnh báo cao
- Bố trí nhân viên y tế đã được đào tạo về sai sót trong sử dụng thuốc trong đơn vị nhằm ngăn chặn các sai sót xảy ra.

- Mô tả và đánh giá công việc cụ thể về với trách nhiệm đối với người bệnh.
- Cung cấp cho cán bộ y tế những hỗ trợ cần thiết và thời gian để tham dự các khóa học trong và ngoài nước về phòng ngừa sai sót trong sử dụng thuốc.

(9). Tư vấn người bệnh về thông tin thuốc và tuân thủ điều trị

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

(10). Xây dựng quy trình quản lý chất lượng và rủi ro tại đơn vị

- Công bố vấn đề an toàn cho người bệnh là nhiệm vụ của đơn vị
- Đào tạo cho cán bộ quản lý bậc trung để đánh giá hiệu quả về năng lực và khả năng giải quyết các vấn đề phức tạp.
- Thay đổi cách nghĩ đổ lỗi khi xảy ra sai sót trong sử dụng thuốc, khi các lỗi đó không dự đoán hoặc không đo đếm được.
- Thúc đẩy việc báo cáo thường xuyên và duy trì các sai sót từ các khoa phòng điều trị.
- Thông tin tất cả các sai sót cho người bệnh
- Định kỳ thảo luận nhóm về các sai sót đã xảy ra và cách phòng tránh.

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

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

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

- Sử dụng công nghệ mã hóa người bệnh trong điều trị.

4.5.2. Giải pháp với các đối tượng có liên quan

a). Đối với bác sĩ

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

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

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

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

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

- Không sử dụng chữ viết tắt.

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

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

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

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

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

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

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

- Hạn chế kê đơn thuốc tiêm

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

- Theo dõi người bệnh và định kỳ khám lại

b). Đối với dược sỹ

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

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

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

- Đảm bảo hiểu rõ đơn thuốc trước khi cấp phát

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

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

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

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

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

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

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

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

c). Đối với điều dưỡng viên và hộ sinh viên

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.5.3. Giám sát và quản lý sai sót trong sử dụng thuốc

(1). Giám sát chặt các yếu tố có khả năng gây sai sót

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

(2). Quản lý các sai sót trong sử dụng thuốc

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Phòng ngừa sai sót, sự cố y khoa trong phẫu thuật

5.1. Tổng quan

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

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

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

5.2. Phân loại sai sót, sự cố y khoa liên quan đến phẫu thuật

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

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

Sự cố y khoa (Adverse event): Hoặc các tai biến/biến chứng xảy ra ngoài ý muốn, hậu quả làm cho việc điều trị kéo dài, tăng tỷ lệ mắc và tử vong của người bệnh. Nếu sự cố do nguyên nhân sai sót, hoàn toàn có thể phòng tránh được. Ví dụ trường hợp sót gạc được lấy ra và có thể tránh được áp xe trong ổ bụng. Tuy nhiên những trường hợp sau phẫu thuật bụng có biến chứng áp xe nhưng không phải do nguyên nhân sót gạc, thì khó có thể phòng tránh. Theo các chuyên gia, đến hơn 50% các trường hợp sự cố là có thể phòng tránh được.

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

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

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

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

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

- Truyền sai nhóm máu.

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

- Sự cố, sai sót gần như sắp xảy ra

- Sự cố xảy ra nhưng không nguy hại đến người bệnh

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

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

- Sự cố nguy hại đến người bệnh

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

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

- + Người bệnh bị ảnh hưởng gây tác hại thường xuyên

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

- Chết: Hậu quả sự cố làm dẫn đến tử vong

5.3. Nguyên nhân sai sót, sự cố y khoa liên quan đến phẫu thuật

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

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

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

- Bất cẩn/thiếu quan tâm

- Nhân viên chưa được đào tạo/thiếu kinh nghiệm

- Tuổi và sức khỏe của “Kíp phẫu thuật”

- Thiếu thông tin liên lạc

- Chẩn đoán sai

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

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

- Thiếu công cụ (Bảng kiểm) để chắc chắn mọi thứ được kiểm tra kỹ lưỡng

- “Kíp phẫu thuật” chưa thực sự ăn ý và gắn kết

- Áp lực giảm thời gian phẫu thuật

- Phương pháp phẫu thuật yêu cầu các thiết bị hoặc tư thế người bệnh khác biệt
- Văn hóa tổ chức/ làm việc
- Mức độ thân thiện, an toàn của môi trường làm việc
- Chăm sóc / theo dõi tiếp tục sau phẫu thuật
- Đặc điểm người bệnh, nhất là khi người bệnh có nguy cơ như: béo phì, bất thường giải phẫu,
- Sự hiểu nhầm giữa Người bệnh – Nhóm phẫu thuật do bất đồng ngôn ngữ: khách du lịch, dân tộc thiểu số...
- Do bản thân người bệnh gây ra: do rối loạn ý thức, thiếu sự hợp tác.

5.4. Mười mục tiêu an toàn phẫu thuật theo khuyến cáo của WHO.

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

- Phẫu thuật đúng người bệnh, đúng vùng mổ
- Khi làm giảm đau, sử dụng các phương pháp phù hợp tránh gây tổn hại cho người bệnh.
- Đánh giá và chuẩn bị đối phó hiệu quả với nguy cơ tắc đường thở và chức năng hô hấp
- Đánh giá và chuẩn bị tốt để xử lý nguy cơ mất máu.
- Tránh sử dụng đồ hay thuốc gây dị ứng ở những người bệnh biết có nguy cơ dị ứng
- Áp dụng tối đa các phương pháp giảm thiểu nguy cơ nhiễm trùng ngoại khoa
- Tránh để quên dụng cụ mổ hay bông gạc trong vùng mổ
- Kiểm tra đối chiếu kỹ bệnh phẩm phẫu thuật
- Thông báo kết quả và trao đổi thông tin đến người tổ chức thực hiện an toàn phẫu thuật
- Các Bệnh viện và hệ thống Y tế thành lập bộ phận có nhiệm vụ thường xuyên theo dõi số lượng và kết quả phẫu thuật.

5.5. Nghiên cứu tình huống

Tình huống: Người bệnh A, 25 tuổi, nhập bệnh viện đa khoa tỉnh với triệu chứng đau bụng. Bệnh viện tiếp nhận khám chẩn đoán người bệnh bị viêm ruột thừa. Các y, bác sĩ tiến hành các bước phẫu thuật cho người bệnh. Sau một thời gian hậu phẫu, người bệnh có biểu hiện đau bụng, siêu âm phát hiện có ổ tụ dịch (áp-xe tồn lưu) nên tiến hành

mổ lại lần 2. Quá trình phẫu thuật lần 2, êkip mổ lấy được 1 gạc nhỏ từ ổ áp xe tồn lưu vùng bụng phải. Sau phẫu thuật lần 2, người bệnh hồi phục sức khỏe tốt. Bệnh viện đã quyết định kỷ luật kíp phẫu thuật lần đầu.

5.6. Hướng dẫn bảng kiểm an toàn phẫu thuật

Chương trình phẫu thuật an toàn cứu sống người bệnh được WHO xây dựng nhằm mục đích giảm số ca biến chứng và tử vong liên quan phẫu thuật trên toàn thế giới. Những nguy cơ gây trong phẫu thuật không an toàn như thiếu thông tin và sự kết nối của các thành viên trong nhóm phẫu thuật, không kiểm tra kỹ người bệnh, vùng mổ, cũng như phương tiện sử dụng trong quá trình phẫu thuật... Mặc dù là những điều khá phổ biến nhưng có thể ngăn ngừa được. Với sự giúp đỡ của các chuyên gia: phẫu thuật viên, gây mê hồi sức, điều dưỡng, và chuyên gia về an toàn người bệnh đã xác định những mục tiêu cơ bản của an toàn phẫu thuật và đưa vào bảng kiểm. Từ bảng kiểm đầu tiên do WHO đề xuất, năm 2009 chỉnh sửa là Bảng kiểm cuối cùng gồm có 16 mục cho phù hợp việc áp dụng và được đa số các chuyên gia tán thành. Để sử dụng bảng kiểm, bệnh viện, khu mổ cần phân công việc cụ thể cho nhân viên phụ trách việc điền thông tin bảng kiểm. Thường là điều dưỡng của khu mổ, nhân viên chạy ngoài hoặc có thể là bất kể nhân viên nào tham gia cuộc mổ.

Trong Bảng kiểm này cụm từ “Kíp phẫu thuật” được hiểu là bao gồm các bác sĩ phẫu thuật, bác sĩ gây mê, điều dưỡng và kỹ thuật viên và các nhân viên khác của nhóm liên quan đến phẫu thuật. Tuy phẫu thuật viên đóng vai trò quan trọng đối với thành công cuộc mổ, xong việc chăm sóc người bệnh cần phải có sự phối hợp của toàn nhóm. Mỗi thành viên của “Kíp phẫu thuật” đều có vai trò riêng trong việc đảm bảo sự an toàn và thành công của ca phẫu thuật. Bảng kiểm được chia ra làm 3 giai đoạn, mỗi giai đoạn lại tương ứng với một thời điểm cụ thể trong quy trình thao tác: Giai đoạn tiền mê – Giai đoạn gây mê và trước khi rạch da – Giai đoạn trong suốt quá trình phẫu thuật, ngay sau khi đóng da và chuẩn bị chuyển người bệnh ra khỏi phòng mổ. Người phụ trách Bảng kiểm cần phải xác nhận rằng nhóm mình đã hoàn thành những phần việc trước khi chuyển sang giai đoạn khác.

Bảng kiểm an toàn phẫu thuật



World Health
Organization

Patient Safety
A WHO Global Patient Safety Action Plan

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

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

Sửa 1/2009

© WHO, 2009

Bảng kiểm đánh giá an toàn phẫu thuật

Giai đoạn tiền mê:

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

đánh dấu (nếu phù hợp). Việc đánh dấu vết mổ do phẫu thuật viên thực hiện (thường bằng bút) nhất là trong trường hợp có liên quan đến những vị trí có ở cả hai bên (bên trái và bên phải) hoặc phối hợp nhiều lớp, tầng (ngón tay, chân, đốt sống...). Việc đánh dấu nhất quán trong tất cả các trường hợp, nhiều khi là cơ sở để xác nhận đúng thủ thuật và đúng chỗ cần phẫu thuật. Sau đó họ sẽ trao đổi với bác sĩ gây mê các vấn đề quan tâm: nguy cơ mất máu, khó thở, dị ứng của người bệnh, cũng như hoàn tất việc kiểm tra toàn bộ máy móc gây mê và thuốc gây mê. Lý tưởng nhất là phẫu thuật viên nên có mặt thời điểm này vì những thông tin trao đổi sẽ giúp cho bác sĩ phẫu thuật biết được diễn biến ca mổ và những nguy cơ có thể xảy ra như tiên lượng máu mất, dị ứng, các yếu tố biến chứng khác của người bệnh.

Kiểm tra thiết bị đo bão hòa ôxy trong máu gắn trên người bệnh để đảm bảo thiết bị hoạt động bình thường là một khâu quan trọng, nên để chỗ dễ quan sát thấy của cả nhóm. Việc sử dụng thiết bị đo bão hòa ôxy máu được WHO đặc biệt khuyến cáo để bảo đảm an toàn gây mê. Trường hợp người bệnh cần phẫu thuật khẩn cấp để cứu tính mạng, nhưng thiết bị này có vấn đề thì cả nhóm cần phải thống nhất bỏ qua và có sự theo dõi chặt chẽ trong suốt quá trình phẫu thuật.

Ngoài các vấn đề được lưu ý như người bệnh có tiền sử dị ứng? người bệnh có biểu hiện khó thở/nguy cơ hít khí thở... để điều chỉnh phương pháp gây mê phù hợp, ví dụ gây mê vùng nếu có thể và chuẩn bị sẵn các thiết bị cấp cứu cần thiết. Việc gây mê chỉ có thể tiến hành khi bác sĩ gây mê xác nhận đã có đầy đủ các thiết bị và sự hỗ trợ cần thiết bên cạnh người bệnh đối với những người bệnh có nguy cơ ảnh hưởng đường thở hoặc có biểu hiện khó thở. Việc mất máu trong quá trình phẫu thuật được dự tính trước, đặc biệt lưu ý khả năng mất trên 500ml máu (hoặc tương đương 7ml/kg ở trẻ em). Trước mổ cần được tính toán để dự trữ máu. Trong quá trình phẫu thuật, phẫu thuật viên thường xuyên trao đổi với bác sĩ gây mê và nhóm điều dưỡng để chuẩn bị đường truyền khi cần.

Giai đoạn gây mê và trước khi rạch da:

Trước khi rạch da, mỗi thành viên trong nhóm sẽ giới thiệu tên tuổi và vai trò. Nếu là nhóm tham gia phẫu thuật hàng ngày thì chỉ cần xác nhận mọi người trong nhóm đã có mặt đầy đủ và xác nhận mọi người trong nhóm đều biết nhau. Lần nữa toàn nhóm cần xác nhận họ thực hiện phẫu thuật cho đúng người bệnh

và xác nhận bằng lời giữa các thành viên, sau đó là những điểm chủ yếu trong các kế hoạch phẫu thuật sử dụng Bảng kiểm làm cơ sở hướng dẫn. Mọi người cùng xác nhận việc sử dụng kháng sinh dự phòng trong vòng 60 phút trước mổ. Nếu kháng sinh dự phòng chưa được dùng, cần cho ngay trước khi rạch da. Trường hợp đã cho người bệnh sử dụng kháng sinh quá 60 phút “Kíp phẫu thuật” có thể cân nhắc để bổ sung nếu cần. Trường hợp kháng sinh dự phòng được cho là không phù hợp (không rạch da, người bệnh đã bị nhiễm khuẩn trước đó và đã dùng kháng sinh rồi) thì sẽ đánh dấu vào ô “không áp dụng” với sự xác nhận của cả nhóm. Tiếp theo đó, cả nhóm cần liên tục trao đổi các thông tin như: Tiên lượng các biến cố, những bước chính và dự tính có xảy ra việc gì bất thường trong mổ? Thời gian phẫu thuật dự kiến? Những lo ngại về phía phẫu thuật viên, về phía bác sĩ gây mê... Điều dưỡng kiểm tra lại tình trạng vô trùng của vùng mổ người bệnh, cũng như các dụng cụ, thiết bị trước khi tiến hành rạch da: máy hút, dao mổ điện, dãn mổ nội soi...

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

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

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

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

bệnh lên trên. Nhóm phẫu thuật cũng cần đánh giá lại hoạt động của trang thiết bị, những hỏng hóc xảy ra nếu có hoặc những vấn đề liên quan cần giải quyết. Cuối cùng cả nhóm sẽ trao đổi kế hoạch chính và những vấn đề liên quan tới xử lý hậu phẫu và phục hồi của người bệnh trước khi chuyển người bệnh ra khỏi phòng mổ. Trong quá trình phẫu thuật, đặc biệt các phẫu thuật phức tạp, nhiều chuyên khoa... việc cử người phụ trách Bảng kiểm để giám sát mọi thành viên, tránh bỏ sót trong tất cả mọi Giai đoạn. Chừng nào mà các thành viên của “Kíp phẫu thuật” còn phải làm quen với những khâu liên quan, người phụ trách Bảng kiểm sẽ tiếp tục hướng dẫn cả “Kíp phẫu thuật” thông qua quy trình bảng kiểm này. Do người phụ trách Bảng kiểm có quyền dừng không cho tiến hành các bước tiếp theo nếu các bước trước đó chưa được hoàn thành, đảm bảo cho cuộc mổ an toàn nên họ có thể gặp xung đột với một vài các thành viên khác của nhóm. Vì vậy việc lựa chọn người phụ trách Bảng kiểm cần phù hợp: có trách nhiệm và cả có tiếng nói đối với mọi người

5.7. Giải pháp bảo đảm an toàn người bệnh trong phẫu thuật

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

Để việc thực hiện phẫu thuật thành công, giảm thiểu nguy cơ biến chứng và sự cố, mọi nhân viên y tế liên quan đến chăm sóc người bệnh cần phải nắm rõ thông tin của người bệnh, hiểu rõ về chức năng sinh lý của người bệnh cũng như loại bệnh họ mắc phải, phương thức phẫu thuật, vấn đề tâm lý, thông tin thành công của ca phẫu thuật và sự phục hồi của người bệnh. Bên cạnh đó, cần chuẩn bị kỹ lưỡng trước mỗi ca phẫu thuật từ nhỏ đến lớn, từ đơn giản đến phức tạp: thuốc, máu, dịch truyền, các phương tiện cần thiết... để đảm bảo ung ứng tốt nhất cho cuộc mổ thành công, cũng như các biến chứng xảy ra sau này. Một trong những yếu tố quan trọng để thực hiện phẫu thuật an toàn là sự gắn kết nhóm phẫu thuật (phẫu thuật viên, bác sĩ gây mê, điều dưỡng và nhóm phụ giúp) và thông tin đầy đủ về người bệnh cũng như phương pháp phẫu thuật sẽ được tiến hành. Yếu tố con người đóng vai trò quan trọng trong việc phòng ngừa sự cố, sai sót y khoa trong phẫu thuật, gồm nhiều yếu tố như trình độ chuyên môn, tuổi tác và sức khỏe, phân công công việc hợp lý, đặc biệt là được cảnh báo về sự cố và những biện pháp phòng ngừa. Bệnh viện có thể đưa ra chính sách như khen thưởng, động viên kịp thời những trường hợp tránh được sự cố và sai sót, phát hiện và xử trí sự cố kịp thời,

cứu được người bệnh... Các bệnh viện, cơ sở y tế nên tổ chức các khóa học hoặc tọa đàm chủ đề sai sót, sự cố y khoa để nhắc nhở nhân viên y tế thường xuyên.

5.7.2. Áp dụng Bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

Tổ chức Y tế Thế giới đã cố gắng nỗ lực để làm giảm bớt các nguy cơ dẫn đến việc phẫu thuật không an toàn như xây dựng chương trình an toàn người bệnh, bao gồm an toàn phẫu thuật, áp dụng bảng kiểm - check list trong phòng phẫu thuật... Mục đích của chương trình này tạo nên sự phối hợp, chia sẻ thông tin cũng như việc chuẩn bị tốt người bệnh giữa các nhóm chăm sóc và phẫu thuật, gây mê liên quan quá trình tiến hành phẫu thuật từ phòng bệnh đến phòng bệnh (room to room) có nghĩa là người bệnh được an toàn từ lúc rời khỏi phòng bệnh cho đến khi trở lại phòng bệnh. Bảng kiểm đã được áp dụng tại nhiều nước trên thế giới và cho thấy hiệu quả rõ rệt. Được sự giúp đỡ của WHO, Việt nam đã tiến hành áp dụng thử bảng kiểm bước đầu tại một số cơ sở ngoại khoa lớn năm 2011 và cho kết quả rất khả quan. Bảng kiểm ATPT đã được áp dụng trên thế giới và cho kết quả khả quan qua nhiều số liệu và các báo cáo liên quan. Triển khai an toàn trong phẫu thuật là một chương trình mà Bộ Y tế đã đề ra (Thông tư số 19/2013/TT-BYT về triển khai các biện pháp bảo đảm an toàn người bệnh và nhân viên y tế). Do vậy mọi nhân viên y tế tại các cơ sở y tế chăm sóc người bệnh cần biết và thực hiện nghiêm túc. Trên cơ sở pháp lý này cũng như hiệu quả của áp dụng Bảng kiểm trên thế giới, việc triển khai áp dụng Bảng kiểm ATPT được coi như một trong những biện pháp hữu hiệu nhằm giảm thiểu sự cố, sai sót y khoa liên quan đến phẫu thuật trong điều kiện của Việt nam hiện nay

6. Tổ chức công tác chăm sóc bảo đảm an toàn người bệnh

6.1. Xây dựng quy trình chăm sóc người bệnh toàn diện

6.1.1. Khái niệm chăm sóc toàn diện

Quy chế BV năm 1997 định nghĩa: CSNBTD là sự theo dõi và chăm sóc người bệnh của bác sĩ và điều dưỡng trong suốt thời gian người bệnh nằm viện.

Chỉ thị 05/2003/CT-BYT của Bộ Y tế quy định: CSNBTD là nhiệm vụ của cán bộ, công chức, viên chức và nhân viên trong toàn bệnh viện nhằm đảm bảo chất lượng chẩn đoán, điều trị và chăm sóc người bệnh.

Thông tư 07/2011/TT-BYT đưa ra khái niệm: CSNBTD là sự chăm sóc của người hành nghề và gia đình người bệnh lấy người bệnh làm trung tâm, đáp ứng các nhu cầu

điều trị, sinh hoạt hàng ngày nhằm bảo đảm an toàn, chất lượng và hài lòng của người bệnh.

6.1.2. Nội dung chăm sóc người bệnh toàn diện

Nội dung chăm sóc người bệnh được Thông tư 07/2011/TT-BYT quy định trên cơ sở tham khảo một số lý thuyết điều dưỡng phổ biến, trong đó có lý thuyết về nhu cầu cơ bản (Virginia Henderson) và lý thuyết về các mức độ phụ thuộc, tự chăm sóc của người bệnh (Dorothea Orem) dưới đây.

a). Lý thuyết nhu cầu cơ bản của con người của Virginia Henderson

Mỗi cá nhân đều có 14 nhu cầu cơ bản, khi chăm sóc người bệnh, người điều dưỡng cần đáp ứng các nhu cầu cơ bản của người bệnh, bao gồm:

- Hít thở bình thường;
- Ăn, uống đầy đủ;
- Bài tiết bình thường;
- Di chuyển và duy trì tư thế mong muốn;
- Giấc ngủ và nghỉ ngơi;
- Chọn quần áo, trang phục thích hợp, thay và mặc quần áo;
- Duy trì nhiệt độ cơ thể trong phạm vi bình thường bằng cách điều chỉnh quần áo và môi trường;
- Giữ cơ thể sạch và bảo vệ da;
- Tránh nguy hiểm trong môi trường và tránh làm tổn thương người khác;
- Giao tiếp với người khác thể hiện được các cảm xúc, nhu cầu, sợ hãi; - Niềm tin về tôn giáo hoặc một người nào đó;
- Tự làm một việc gì đó và cố gắng hoàn thành;
- Chơi và tham gia một hình thức vui chơi giải trí nào đó;
- Tìm hiểu, khám phá hoặc thỏa mãn sự tò mò cá nhân để phát triển và có sức khỏe bình thường.

b). Lý thuyết Tự chăm sóc của Dorothea Orem

Ngoài 14 nhu cầu cơ bản của con người nêu trên, lý thuyết về sự hạn chế tự chăm sóc của Dorothea Orem (USA) cũng cần được áp dụng. Đó là, người điều dưỡng cần đưa ra những hành động chăm sóc để thỏa mãn nhu cầu chăm sóc của người bệnh/khách hàng của họ và những hành động chăm sóc này phụ thuộc vào nhu cầu của mỗi người.

Mặt khác, người điều dưỡng cần nhận định mức độ hạn chế tự chăm sóc của người bệnh để phát hiện nhu cầu chăm sóc của họ mà đáp ứng, phục vụ. Tùy thuộc vào mức độ hạn chế tự chăm sóc, người bệnh được xếp vào 1 trong 3 cấp độ phụ thuộc vào sự chăm sóc, bao gồm: phụ thuộc hoàn toàn, phụ thuộc một phần và không phụ thuộc (tự chăm sóc được). Nhân viên y tế cần hiểu các thành phần tạo nên sự chăm sóc y tế bao gồm:

- Con người là đối tượng chăm sóc, bao gồm cả thể chất, tinh thần niềm tin, yếu tố xã hội và kiến thức y học của mỗi cá nhân, gia đình hoặc cộng đồng.

- Môi trường tác động lên con người bao gồm cả yếu tố bên trong của mỗi người và yếu tố bên ngoài tác động nên tình trạng sức khỏe của mỗi người.

- Sức khỏe: là tình trạng khỏe mạnh hoặc ốm đau mà mỗi con người trải qua.

- Chăm sóc điều dưỡng là những hành động, những đặc tính và thái độ của người chăm sóc. Khi chăm sóc người bệnh, người điều dưỡng cần nhận định người bệnh và phân cấp chăm sóc, mỗi người bệnh thuộc 1 trong 3 cấp độ sau:

- + Phụ thuộc hoàn toàn: Điều dưỡng phải thực hiện các hoạt động chăm sóc, điều trị, hỗ trợ toàn bộ cho người bệnh

- + Phụ thuộc một phần: Điều dưỡng thực hiện các hoạt động điều trị là chính, hỗ trợ những hoạt động chăm sóc mà người bệnh không tự chăm sóc được.

- + Tự chăm sóc: Người bệnh tự chăm sóc nhưng vẫn cần sự hỗ trợ trong điều trị, chăm sóc khi cần và họ cần được hướng dẫn, giáo dục sức khỏe để tự chăm sóc và phòng ngừa biến chứng, phòng ngừa mắc bệnh khác.

c). Nội dung chăm sóc toàn diện (theo Thông tư 07/2011/TT-BYT)

*** Tư vấn, hướng dẫn giáo dục sức khỏe**

- Bệnh viện có quy định và tổ chức các hình thức tư vấn, hướng dẫn giáo dục sức khỏe phù hợp.

- Người bệnh nằm viện được điều dưỡng viên, điều dưỡng viên tư vấn, giáo dục sức khỏe, hướng dẫn tự chăm sóc, theo dõi, phòng bệnh trong thời gian nằm viện và sau khi ra viện.

*** Chăm sóc tinh thần**

- Người bệnh được điều dưỡng viên, điều dưỡng viên và người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh khác chăm sóc, giao tiếp với thái độ ân cần và thông cảm.

- Người bệnh, người nhà người bệnh được động viên yên tâm điều trị và phối hợp với người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh trong quá trình điều trị và chăm sóc.

- Người bệnh, người nhà người bệnh được giải đáp kịp thời những băn khoăn, thắc mắc trong quá trình điều trị và chăm sóc.

- Bảo đảm an ninh, an toàn và yên tĩnh, tránh ảnh hưởng đến tâm lý và tinh thần của người bệnh.

*** Chăm sóc vệ sinh cá nhân**

- Chăm sóc vệ sinh cá nhân cho người bệnh hằng ngày gồm vệ sinh răng miệng, vệ sinh thân thể, hỗ trợ đại tiện, tiểu tiện và thay đổi đồ vải.

- Trách nhiệm chăm sóc vệ sinh cá nhân: Người bệnh cần chăm sóc cấp I do điều dưỡng viên, điều dưỡng viên và hộ lý thực hiện; Người bệnh cần chăm sóc cấp II và cấp III tự thực hiện dưới sự hướng dẫn của điều dưỡng viên, điều dưỡng viên và được hỗ trợ chăm sóc khi cần thiết.

*** Chăm sóc dinh dưỡng:**

- Điều dưỡng viên, điều dưỡng viên phối hợp với bác sĩ điều trị để đánh giá tình trạng dinh dưỡng và nhu cầu dinh dưỡng của người bệnh.

- Hằng ngày, người bệnh được bác sĩ điều trị chỉ định chế độ nuôi dưỡng bằng chế độ ăn phù hợp với bệnh lý.

- Người bệnh có chế độ ăn bệnh lý được cung cấp suất ăn bệnh lý tại khoa điều trị và được theo dõi ghi kết quả thực hiện chế độ ăn bệnh lý vào Phiếu chăm sóc.

- Người bệnh được hỗ trợ ăn uống khi cần thiết. Đối với người bệnh có chỉ định ăn qua ống thông phải do điều dưỡng viên, điều dưỡng viên trực tiếp thực hiện

*** Chăm sóc phục hồi chức năng**

- Người bệnh được điều dưỡng viên, điều dưỡng viên hướng dẫn, hỗ trợ luyện tập và phục hồi chức năng sớm để đề phòng các biến chứng và phục hồi các chức năng của cơ thể.

- Phối hợp khoa lâm sàng và khoa Vật lý trị liệu - Phục hồi chức năng để đánh giá, tư vấn, hướng dẫn và thực hiện luyện tập, phục hồi chức năng cho người bệnh.

*** Chăm sóc người bệnh có chỉ định phẫu thuật, thủ thuật:**

- Người bệnh được điều dưỡng viên, điều dưỡng viên hướng dẫn và hỗ trợ thực hiện chuẩn bị trước phẫu thuật, thủ thuật theo yêu cầu của chuyên khoa và của bác sĩ điều trị.

- Trước khi đưa người bệnh đi phẫu thuật, thủ thuật, điều dưỡng viên, điều dưỡng viên phải:

+ Hoàn thiện thủ tục hành chính;

+ Kiểm tra lại công tác chuẩn bị người bệnh đã được thực hiện theo yêu cầu của phẫu thuật, thủ thuật;

+ Đánh giá dấu hiệu sinh tồn, tình trạng người bệnh và báo cáo lại cho bác sĩ điều trị nếu người bệnh có diễn biến bất thường.

- Điều dưỡng viên hoặc điều dưỡng viên hoặc hộ lý chuyển người bệnh đến nơi làm phẫu thuật, thủ thuật và bàn giao người bệnh, hồ sơ bệnh án cho người được phân công chịu trách nhiệm tiếp nhận của đơn vị thực hiện phẫu thuật hoặc thủ thuật.

- Dùng thuốc và theo dõi dùng thuốc cho người bệnh Khi dùng thuốc cho người bệnh, điều dưỡng viên, điều dưỡng viên phải:

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

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

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

+ Hướng dẫn, giải thích cho người bệnh tuân thủ điều trị.

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

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

+ Theo dõi, phát hiện các tác dụng không mong muốn của thuốc, tai biến sau dùng thuốc và báo cáo kịp thời cho bác sĩ điều trị.

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

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

*** Chăm sóc người bệnh giai đoạn hấp hối và người bệnh tử vong**

- Người bệnh ở giai đoạn hấp hối được bố trí buồng bệnh thích hợp, thuận tiện cho việc chăm sóc, điều trị tránh ảnh hưởng đến người bệnh khác.

- Thông báo và giải thích với người nhà người bệnh về tình trạng bệnh của người bệnh và tạo điều kiện để người nhà người bệnh ở bên cạnh người bệnh. c) Động viên, an ủi người bệnh và người nhà người bệnh.

- Khi người bệnh tử vong, điều dưỡng viên hoặc điều dưỡng viên phối hợp với hộ lý thực hiện vệ sinh tử thi và thực hiện các thủ tục cần thiết như quản lý tư trang tài sản của người bệnh tử vong, bàn giao tử thi cho nhân viên nhà đại thể.

*** Thực hiện các kỹ thuật điều dưỡng**

- Bệnh viện có các quy định, quy trình kỹ thuật điều dưỡng phù hợp, cập nhật trên cơ sở các quy định, hướng dẫn của Bộ Y tế.

- Điều dưỡng viên, điều dưỡng viên phải tuân thủ quy trình kỹ thuật chuyên môn, kỹ thuật vô khuẩn.

- Điều dưỡng viên, điều dưỡng viên thực hiện các biện pháp phòng ngừa, theo dõi phát hiện và báo cáo kịp thời các tai biến cho bác sĩ điều trị để xử trí kịp thời.

- Dụng cụ y tế dùng trong các kỹ thuật, thủ thuật xâm lấn phải bảo đảm vô khuẩn và được xử lý theo Thông tư số 16/2018/TT-BYT quy định kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và các quy định khác về kiểm soát nhiễm khuẩn.

*** Theo dõi, đánh giá người bệnh**

- Người bệnh đến khám bệnh được điều dưỡng viên, điều dưỡng viên khoa Khám bệnh đánh giá ban đầu để sắp xếp khám bệnh theo mức độ ưu tiên và theo thứ tự.

- Điều dưỡng viên, điều dưỡng viên phối hợp với bác sĩ điều trị để đánh giá, phân cấp chăm sóc và thực hiện chăm sóc, theo dõi phù hợp cho từng người bệnh.

- Người bệnh cần chăm sóc cấp I được bác sĩ điều trị, điều dưỡng viên, điều dưỡng viên nhận định nhu cầu chăm sóc để thực hiện những can thiệp chăm sóc phù hợp.

- Bệnh viện có quy định cụ thể về theo dõi, ghi kết quả theo dõi dấu hiệu sinh tồn và các can thiệp điều dưỡng phù hợp với tính chất chuyên môn và yêu cầu của từng chuyên khoa.

- Người bệnh được đánh giá và theo dõi diễn biến bệnh, nếu phát hiện người bệnh có dấu hiệu bất thường, điều dưỡng viên, điều dưỡng viên và kỹ thuật viên phải có ngay hành động xử trí phù hợp trong phạm vi hoạt động chuyên môn và báo cáo cho bác sĩ điều trị để xử trí kịp thời.

*** Bảo đảm an toàn và phòng ngừa sai sót chuyên môn kỹ thuật trong chăm sóc người bệnh**

- Bệnh viện xây dựng và thực hiện những quy định cụ thể về an toàn cho người bệnh phù hợp với mô hình bệnh tật của từng chuyên khoa.

- Điều dưỡng viên, điều dưỡng viên thực hiện các biện pháp phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện, bảo đảm an toàn, tránh nhầm lẫn cho người bệnh trong việc dùng thuốc, phẫu thuật và thủ thuật.

- Bệnh viện thiết lập hệ thống thu thập và báo cáo các sự cố, nhầm lẫn, sai sót chuyên môn kỹ thuật tại các khoa và toàn bệnh viện. Định kỳ phân tích, báo cáo các sự cố, sai sót chuyên môn kỹ thuật trong chăm sóc và có biện pháp phòng ngừa hiệu quả.

*** Ghi chép hồ sơ bệnh án**

- Tài liệu chăm sóc người bệnh trong hồ sơ bệnh án gồm: phiếu theo dõi chức năng sống, phiếu điều dưỡng và một số biểu mẫu khác theo Quyết định số 4069/QĐ-BYT ngày 28/9/2001 về việc ban hành mẫu hồ sơ bệnh án của Bộ Y tế và theo tính chất chuyên khoa do bệnh viện quy định.

- Tài liệu chăm sóc người bệnh trong hồ sơ bệnh án phải bảo đảm các yêu cầu sau:

+ Ghi các thông tin về người bệnh chính xác và khách quan.

+ Thống nhất thông tin về công tác chăm sóc người bệnh của điều dưỡng viên, điều dưỡng viên và của bác sĩ điều trị. Những khác biệt trong nhận định, theo dõi và đánh giá tình trạng người bệnh phải được kịp thời trao đổi và thống nhất giữa những người trực tiếp chăm sóc, điều trị người bệnh;

+ Ghi đầy đủ, kịp thời diễn biến bệnh và các can thiệp điều dưỡng.

- Hồ sơ bệnh án phải được lưu trữ theo quy định tại Khoản 3 Điều 59 của Luật Khám bệnh, chữa bệnh.

6.2. Bảo đảm trao đổi thông tin trong chăm sóc và phối hợp điều trị

Thông tư 07/2011/TT-BYT, ngày 26 tháng 01 năm 2011 của Bộ Y tế hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện đã quy định cụ thể về trao đổi thông tin trong chăm sóc và phối hợp điều trị giữa bác sĩ và điều dưỡng như sau:

- Trách nhiệm của bác sĩ điều trị: 1) Phối hợp chặt chẽ với điều dưỡng viên, điều dưỡng viên của khoa trong việc đánh giá, phân cấp chăm sóc người bệnh và phối hợp trong việc thực hiện kế hoạch chăm sóc cho từng người bệnh; 2) Phối hợp với điều dưỡng viên, điều dưỡng viên, kỹ thuật viên trong thực hiện các phẫu thuật, thủ thuật, hướng dẫn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh; 3) Kiểm tra việc thực hiện các chỉ định điều trị, theo dõi, chăm sóc người bệnh của điều dưỡng viên, điều dưỡng viên và kỹ thuật viên.

- Trách nhiệm của điều dưỡng viên, điều dưỡng viên: 1) Thực hiện nghiêm túc các nhiệm vụ chăm sóc người bệnh; 2) Phối hợp chặt chẽ với bác sĩ điều trị, điều dưỡng viên, điều dưỡng viên và kỹ thuật viên trong công tác chăm sóc người bệnh; 3) Tuân thủ các quy trình kỹ thuật điều dưỡng, các quy định của Bộ Y tế và của bệnh viện; 4) Thực hiện quy tắc ứng xử và thực hành giao tiếp với đồng nghiệp, người bệnh và người nhà người bệnh.

6.3. Tổ chức đội, nhóm chăm sóc người bệnh.

Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh căn cứ vào đặc điểm chuyên môn của từng khoa để áp dụng một trong các mô hình phân công chăm sóc sau đây:

- Mô hình phân công điều dưỡng chăm sóc chính: Một điều dưỡng viên hoặc một điều dưỡng viên chịu trách nhiệm chính trong việc nhận định, lập kế hoạch chăm sóc, tổ chức thực hiện có sự trợ giúp của các điều dưỡng viên hoặc điều dưỡng viên khác và theo dõi đánh giá cho một số người bệnh trong quá trình nằm viện.

- Mô hình chăm sóc theo nhóm: Nhóm có từ 2-3 điều dưỡng viên hoặc điều dưỡng viên chịu trách nhiệm chăm sóc một số người bệnh ở một đơn nguyên hay một số buồng bệnh.

- Mô hình chăm sóc theo đội: Đội gồm bác sĩ, điều dưỡng viên hoặc điều dưỡng viên và người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh khác chịu trách nhiệm điều trị, chăm sóc cho một số người bệnh ở một đơn nguyên hay một số buồng bệnh.

- Mô hình phân chăm sóc theo công việc: Mô hình này được áp dụng trong các trường hợp cấp cứu thảm họa hoặc ở chuyên khoa sâu đòi hỏi điều dưỡng chuyên khoa thực hiện kỹ thuật chăm sóc đặc biệt trên người bệnh.

Bệnh viện tổ chức cho điều dưỡng viên, điều dưỡng viên làm việc theo ca tại các khoa, đặc biệt là ở các khoa Cấp cứu, khoa Hồi sức tích cực, khoa Phẫu thuật, khoa Sản và khoa Sơ sinh. Mỗi ca làm việc áp dụng mô hình phân công chăm sóc phù hợp với đặc điểm chuyên môn của từng khoa.

6.4. Giám sát công tác chăm sóc người bệnh các cấp độ: nhân viên; khoa phòng; cơ sở; Sở Y tế; Bộ Y tế.

6.4.1. Đối với nhân viên y tế:

a). Bác sĩ điều trị

- Phối hợp chặt chẽ với điều dưỡng viên, điều dưỡng viên của khoa trong việc đánh giá, phân cấp chăm sóc người bệnh và phối hợp trong việc thực hiện kế hoạch chăm sóc cho từng người bệnh.

- Phối hợp với điều dưỡng viên, điều dưỡng viên, kỹ thuật viên trong thực hiện các phẫu thuật, thủ thuật, hướng dẫn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh.

- Kiểm tra việc thực hiện các chỉ định điều trị, theo dõi, chăm sóc người bệnh của điều dưỡng viên, điều dưỡng viên và kỹ thuật viên.

b). Đối với điều dưỡng viên, hộ sinh viên

- Thực hiện nghiêm túc các nhiệm vụ chăm sóc người bệnh toàn diện

- Phối hợp chặt chẽ với bác sĩ điều trị, điều dưỡng viên, điều dưỡng viên và kỹ thuật viên trong công tác chăm sóc người bệnh.

- Tuân thủ các quy trình kỹ thuật điều dưỡng, các quy định của Bộ Y tế và của bệnh viện.

- Thực hiện quy tắc ứng xử và thực hành giao tiếp với đồng nghiệp, người bệnh và người nhà người bệnh.

6.4.2. Đối với cấp khoa/phòng:

- Mỗi khoa có Điều dưỡng trưởng khoa, Điều dưỡng trưởng khoa hoặc Kỹ thuật viên trưởng khoa. Điều dưỡng trưởng khoa, Điều dưỡng trưởng khoa và Kỹ thuật viên trưởng khoa do Giám đốc bệnh viện quyết định bổ nhiệm.

- Nhiệm vụ, quyền hạn của Điều dưỡng trưởng khoa, Điều dưỡng trưởng khoa, Kỹ thuật viên trưởng khoa được quy định cụ thể bao gồm nhiệm vụ giám sát công tác chăm sóc người bệnh toàn diện tại khoa.

- Trưởng khoa chịu trách nhiệm trước Giám đốc bệnh viện về việc tổ chức thực hiện đầy đủ các nhiệm vụ chăm sóc người bệnh toàn diện, Phối hợp với phòng Điều dưỡng, phòng Tổ chức cán bộ trong bố trí nhân lực, tổ chức mô hình chăm sóc phù hợp và thường xuyên kiểm tra, đánh giá chất lượng chăm sóc người bệnh.

6.4.3. Đối với cấp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

- Giám đốc bệnh viện chịu trách nhiệm về công tác chăm sóc người bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Bảo đảm kinh phí, cơ sở vật chất, nhân lực, phương tiện, thiết bị và vật tư cho chăm sóc người bệnh.

- Chỉ đạo tổ chức huấn luyện, đào tạo, nghiên cứu khoa học, kiểm tra, giám sát thực hiện công tác chăm sóc người bệnh.

- Phát động phong trào thi đua và thực hiện khen thưởng, kỷ luật về công tác chăm sóc người bệnh

6.4.4. Sở Y tế

- Phân công cán bộ chuyên trách công tác điều dưỡng của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trực thuộc (điều dưỡng trưởng Sở Y tế).

- Xây dựng kế hoạch về công tác điều dưỡng, chăm sóc người bệnh của địa phương.

- Tổ chức các hoạt động kiểm tra, đánh giá, giám sát và hỗ trợ kỹ về công tác chăm sóc người bệnh đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trực thuộc.

6.4.5. Bộ Y tế

Phòng Điều dưỡng, Dinh dưỡng, Kiểm soát nhiễm khuẩn của Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế là bộ phận trực tiếp phụ trách công tác điều dưỡng, chăm sóc người bệnh của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên toàn quốc. Bên cạnh chức năng là đầu mối tham mưu, đề xuất cho Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế về các kế hoạch, chính sách, hướng dẫn, quy định trong lĩnh vực chăm sóc người bệnh, còn có nhiệm vụ kiểm tra, đánh giá, giám sát và hỗ trợ kỹ về công tác chăm sóc người bệnh đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong toàn quốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014), Tài liệu đào tạo liên tục an toàn người bệnh, Nhà xuất bản Y học, 2014.
2. Bộ Y tế (2012), Tài liệu đào tạo Quản lý điều dưỡng, Nhà xuất bản Y học, 2012.
3. Bộ Y tế (2014), Tài liệu đào tạo liên tục chăm sóc người bệnh toàn diện, Bộ Y tế, 2014.
4. Bộ Y tế (2011), Thông tư 07/2011/TT-BYT, ngày 26 tháng 01 năm 2011, hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện.
5. Bộ Y tế (2018), Thông tư 43/2018/TT-BYT, ngày 26 tháng 12 năm 2018 hướng dẫn phòng ngừa sự cố y khoa trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
6. WHO (2011), Patient Safety curriculum guide. Multi-professional Edition, World Health Organization.
7. WHO (2019), Patient Safety Fact File, September, World Health Organization.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn 1 câu trả lời ĐÚNG hoặc ĐÚNG NHẤT cho các câu hỏi bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu tiên câu trả lời được chọn:

Câu 1: Theo WHO cứ 10 người bệnh nhập viện thì có bao nhiêu người bệnh bị sự cố bất lợi:

- A. 01
- B. 02
- C. 03
- D. 04

Câu 2: Theo WHO chi phí tiêu tốn cho các sự cố y khoa chiếm bao nhiêu phần trăm tổng chi phí:

- A. 5%

B. 10%

C. 15%

D. 20%

Câu 3: Theo WHO nhiễm trùng bệnh viện ảnh hưởng đến người bệnh nhập viện:

A. 11/100

B. 12/100

C. 13/100

D. 14/100

Câu 4: Nguyên tắc chung trong xác định người bệnh

A. Xác định chính xác người bệnh được chăm sóc

B. Cần kết nối việc theo dõi chăm sóc và phục vụ của người bệnh với nhau

C. Cần kết nối việc quản lý, điều trị, và phục vụ của người bệnh với nhau

D. Cần kết nối việc chăm sóc, điều trị, và phục vụ của người bệnh với nhau.

Câu 5: Nội dung nào KHÔNG thuộc các công đoạn của qui trình trao đổi thông:

A. Trao đổi giữa nhà cung cấp dịch vụ y tế và/hoặc nhân viên y tế và người bệnh.

B. Hướng dẫn người bệnh và gia đình họ.

C. Trao đổi và hợp tác giữa các nhân viên.

D. Trao đổi với các nhà cung cấp trang thiết bị y tế.

Câu 6: Phân loại theo các sai sót trong sử dụng thuốc theo mức độ nghiêm trọng, mức

B thể hiện:

A. Sự cố có khả năng gây sai sót

B. Sai sót đã xảy ra nhưng không ảnh hưởng tới người bệnh

C. Sai sót đã xảy ra ảnh hưởng tới người bệnh nhưng không gây tổn hại

D. Sai sót đã xảy ra ảnh hưởng tới người bệnh, yêu cầu giám sát và báo cáo kết quả có tổn hại đến người bệnh không hoặc có biện pháp can thiệp làm giảm tổn hại.

Câu 7: Phân loại theo các sai sót trong sử dụng thuốc theo mức độ nghiêm trọng, mức D thể hiện:

A. Sự cố có khả năng gây sai sót

B. Sai sót đã xảy ra nhưng không ảnh hưởng tới người bệnh

C. Sai sót đã xảy ra ảnh hưởng tới người bệnh nhưng không gây tổn hại

D. Sai sót đã xảy ra ảnh hưởng tới người bệnh, yêu cầu giám sát và báo cáo kết quả có tổn hại đến người bệnh không hoặc có biện pháp can thiệp làm giảm tổn hại.

Câu 8: Phân loại theo các sai sót trong sử dụng thuốc theo mức độ nghiêm trọng, mức F thể hiện:

A. Sai sót đã xảy ra gây tổn hại tạm thời đến người bệnh, yêu cầu có can thiệp

B. Sai sót đã xảy ra gây tổn hại tạm thời đến người bệnh, yêu cầu nằm viện hoặc kéo dài thời gian nằm viện.

C. Sai sót đã xảy ra gây tổn hại vĩnh viễn đến người bệnh

D. Sai sót đã xảy ra, yêu cầu tiến hành các can thiệp cần thiết để duy trì cuộc sống của người bệnh.

Câu 9: Phân loại theo các sai sót trong sử dụng thuốc theo mức độ nghiêm trọng, mức H thể hiện:

A. Sai sót đã xảy ra gây tổn hại tạm thời đến người bệnh, yêu cầu có can thiệp

B. Sai sót đã xảy ra gây tổn hại tạm thời đến người bệnh, yêu cầu nằm viện hoặc kéo dài thời gian nằm viện.

C. Sai sót đã xảy ra gây tổn hại vĩnh viễn đến người bệnh

D. Sai sót đã xảy ra, yêu cầu tiến hành các can thiệp cần thiết để duy trì cuộc sống của người bệnh.

Câu 10: Khi thiết kế phòng trong viện dưỡng lão, cần phải lưu ý đến một số nội dung sau:

- Mặt sàn của bệnh phòng bằng phẳng
- Có ổ bấm chuông điện ở đầu giường
- Phòng đủ ánh sáng

Những nội dung trên thuộc về yêu cầu nào khi xây dựng 1 buồng bệnh?

- A. Trang trí
- B. Vệ sinh
- C. Yên tĩnh
- D. An toàn

BÀI 10. QUẢN LÝ ĐÀO TẠO LIÊN TỤC

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các quy định về thực hành sau tốt nghiệp và đào tạo liên tục.
2. Trình bày được các thành phần chính của chương trình đào tạo liên tục và các quy định về xây dựng và thẩm định chương trình tài liệu đào tạo liên tục.
3. Phân tích được các cấu phần của một chương trình đào tạo liên tục và cách thức triển khai một khóa đào tạo liên tục tại bệnh viện.
4. Xây dựng được một kế hoạch đào tạo liên tục để triển khai việc thực hiện đào tạo liên tục ở đơn vị.
5. Thể hiện tính tự chủ trong học tập, tìm kiếm thông tin, tài liệu và sử dụng thông tin, tài liệu tìm được để xây dựng được một kế hoạch cho 1 buổi khóa đào tạo liên tục.

NỘI DUNG

1. Mở đầu

Một trong những nhiệm vụ quan trọng của người Điều dưỡng trưởng là đào tạo, hướng dẫn lâm sàng cho nhân viên, học sinh, sinh viên. Một Điều dưỡng trưởng có kiến thức cập nhật và có năng lực giảng dạy luôn được nhân viên tin tưởng và đánh giá cao, vì thế công việc điều hành của Điều dưỡng trưởng trở nên thuận lợi và hiệu quả.

Theo các quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh và theo Thông tư số 07/2008/TT-BYT về hướng dẫn đào tạo liên tục cho cán bộ y tế thì vấn đề đào tạo liên tục đã trở thành quy định bắt buộc đối với cán bộ y tế để được cấp chứng chỉ hành nghề và duy trì giá trị pháp lý của chứng chỉ hành nghề.

Điều dưỡng trưởng phải cập nhật các quy định về đào tạo liên tục của Bộ Y tế, có năng lực xây dựng chương trình, tổ chức đào tạo, đánh giá đào tạo và sử dụng các kỹ thuật giảng dạy lâm sàng hiệu quả.

2. Cơ sở pháp lý về đào tạo liên tục

2.1. Khái niệm về đào tạo liên tục

Đào tạo liên tục là các khóa đào tạo ngắn hạn bao gồm đào tạo bồi dưỡng để cập nhật, bổ sung kiến thức, kỹ thuật thuộc lĩnh vực chuyên môn đang đảm nhận; đào tạo lại, đào tạo

theo nhiệm vụ chỉ đạo tuyển, đào tạo chuyên giao kỹ thuật và những khóa đào tạo chuyên môn nghiệp vụ khác của ngành y tế mà không thuộc hệ thống bằng cấp quốc gia.

2.2. Về cấp và thu hồi Chứng chỉ hành nghề

Điều 18 Luật Khám bệnh, chữa bệnh quy định các điều kiện để cấp Chứng chỉ hành nghề đối với người Việt Nam bao gồm:

- Văn bằng chuyên môn liên quan đến y tế được cấp hoặc công nhận tại Việt Nam;
- Có văn bản xác nhận quá trình thực hành, trừ trường hợp là lương y, người có bài thuốc gia truyền hoặc có phương pháp chữa bệnh gia truyền.
- Có giấy chứng nhận đủ sức khỏe để hành nghề khám bệnh, chữa bệnh.
- Không thuộc trường hợp đang trong thời gian bị cấm hành nghề, cấm làm công việc liên quan đến chuyên môn y, được theo bản án, quyết định của Tòa án; đang bị truy cứu trách nhiệm hình sự; đang trong thời gian chấp hành bản án hình sự, quyết định hình sự của tòa án hoặc quyết định áp dụng biện pháp xử lý hành chính đưa vào cơ sở giáo dục, cơ sở chữa bệnh; đang trong thời gian bị kỷ luật từ hình thức cảnh cáo trở lên có liên quan đến chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh; mất hoặc hạn chế năng lực hành vi dân sự.

Điều 24 Luật Khám bệnh, chữa bệnh về xác nhận quá trình thực hành sau tốt nghiệp quy định người có văn bằng chuyên môn liên quan đến y tế được cấp hoặc công nhận tại Việt Nam, trước khi được cấp chứng chỉ hành nghề, phải qua thời gian thực hành tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cụ thể như sau:

- 18 tháng thực hành tại bệnh viện, việc nghiên cứu có giường bệnh (sau đây gọi chung là bệnh viện) đối với bác sỹ;
- 12 tháng thực hành tại bệnh viện đối với y sỹ;
- 09 tháng thực hành tại bệnh viện có khoa phụ sản hoặc tại nhà hộ sinh đối với hộ sinh viên.
- 09 tháng thực hành tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đối với điều dưỡng viên, kỹ thuật viên.

Người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm xác nhận bằng văn bản về quá trình thực hành cho người đã thực hành tại cơ sở của mình, bao gồm nội dung về thời gian, năng lực chuyên môn, đạo đức nghề nghiệp. Điều dưỡng trưởng có trách nhiệm giúp cho lãnh đạo bệnh viện trong việc hướng dẫn thực hành cho điều dưỡng và hộ sinh viên, đồng thời giúp lãnh đạo bệnh viện quản lý thực hành lâm sàng của các đối

tượng liên quan.

Điều 29 Luật Khám bệnh, chữa bệnh quy định một trong các điều kiện người hành nghề bị thu hồi Chứng chỉ hành nghề là người hành nghề không hành nghề trong thời hạn 02 năm liên tục.

2.3. Về thời gian đào tạo liên tục của cán bộ y tế

Thông tư 07/2008/TT-BYT về hướng dẫn đào tạo liên tục đối với cán bộ y tế quy định như sau:

a) Tất cả cán bộ y tế đang hoạt động trong lĩnh vực y tế ở Việt Nam phải được đào tạo cập nhật về kiến thức, kỹ năng, thái độ trong lĩnh vực chuyên môn, nghiệp vụ của mình. Thời gian được đào tạo mỗi năm tối thiểu là 24 giờ thực học. Trong 5 năm mỗi cán bộ y tế phải tham gia học tập và tích lũy đủ thời gian đào tạo liên tục ít nhất là 120 giờ thuộc lĩnh vực chuyên môn, nghiệp vụ đang hành nghề. Thủ trưởng đơn vị y tế có trách nhiệm xem xét cho phép tiếp tục công việc thuộc lĩnh vực chuyên môn với những người không tích lũy đủ thời gian học trong 5 năm công tác.

b) Những cán bộ đang hướng dẫn nghiên cứu sinh, thạc sĩ; những người tham dự các lớp đào tạo, tập huấn chuyên môn, nghiệp vụ ở nước ngoài có chứng chỉ; người tham gia hội thảo, hội nghị quốc tế, quốc gia có trình bày báo cáo của mình; người có đăng bài báo ở tạp chí chuyên ngành thì được Thủ trưởng đơn vị xem xét và quy đổi vào thời gian học tập liên tục.

c) Những người tham dự các khóa đào tạo, bồi dưỡng cán bộ, công chức nhà nước theo quy định của Bộ Nội vụ hoặc tham dự các khóa đào tạo chuyên môn nghiệp vụ do các Bộ, ngành khác tổ chức mà được cấp giấy chứng nhận thì được tính vào thời gian học tập liên tục.

d) Mọi cá nhân đang làm việc trong lĩnh vực y tế ở Việt Nam đều có nghĩa vụ tham gia học tập theo quy định của Thông tư này.

3. Chương trình, tài liệu dạy học

Bộ Y tế thống nhất quản lý về chương trình và tài liệu dạy- học liên tục về chuyên môn, nghiệp vụ được sử dụng trong các cơ sở đào tạo ngành y tế. Chương trình và tài liệu dạy- học được biên soạn bao gồm các nội dung sau:

3.1. Chương trình đào tạo

Căn cứ vào chức năng, nhiệm vụ và nhu cầu về đào tạo liên tục cán bộ y tế mà các cơ sở

đào tạo xây dựng chương trình đào tạo liên tục. Chương trình đào tạo có các nội dung:

- a) Tên của khóa học.
- b) Mục tiêu khóa học.
- c) Thời gian, đối tượng đào tạo.
- d) Yêu cầu cần đạt được sau khóa học về kiến thức, kỹ năng, thái độ. đ) Yêu cầu đầu vào của học viên.
- e) Chương trình chi tiết được cụ thể đến tên bài và số tiết học.
- g) Tiêu chuẩn giảng viên và phương pháp dạy học.
- h) Yêu cầu về trang thiết bị, tài liệu học tập cho khóa học.
- i) Đánh giá và cấp Giấy chứng nhận.

Bộ Y tế khuyến khích những khóa đào tạo sau đại học có thời gian từ 3 tháng tập trung trở lên thiết kế chương trình hướng liên thông với chương trình chính quy theo số tín chỉ của một chương trình sau đại học như: chuyên khoa định hướng, chuyên khoa 1, chuyên khoa 2 để người học có thể tích lũy số tín chỉ và được xét miễn giảm khi tham gia học lấy bằng sau đại học ngành y tế.

3.2. Tài liệu dạy - học

- a) Căn cứ vào chương trình đào tạo liên tục đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt, các cơ sở đào tạo xây dựng tài liệu dạy-học cho phù hợp. Tài liệu dạy-học được cấu trúc theo chương, bài. Trong mỗi bài có mục tiêu, nội dung và lượng giá. Phần nội dung, lượng giá cần phù hợp với mục tiêu của bài giảng.
- b) Bộ Y tế khuyến khích các cơ sở đào tạo biên soạn tài liệu cho giảng viên kèm theo tài liệu dạy-học để thuận lợi cho việc tổ chức các khóa đào tạo.
- c) Chương trình và tài liệu dạy - học có thể biên soạn và ban hành riêng biệt hoặc gộp chung nhưng phải thể hiện rõ phần chương trình và phần tài liệu dạy-học.

3.3. Thẩm định và phê duyệt chương trình và tài liệu dạy-học

- a) Bộ Y tế phê duyệt chương trình, tài liệu dạy-học cho các cơ sở đào tạo tuyển trung ương và các khóa đào tạo nhân lực y tế áp dụng cho hai tỉnh/thành phố trở lên, các khóa đào tạo của các dự án y tế trung ương, trên cơ sở đề nghị của các Hội đồng thẩm định chuyên môn của Bộ Y tế. Thành viên của Hội đồng thẩm định do Vụ Khoa học và Đào tạo đề xuất, trình Bộ trưởng Bộ Y tế quyết định. Thời gian hoàn thành công việc thẩm định là 2 tháng.

- b) Bộ Y tế ủy quyền cho các Sở Y tế phê duyệt chương trình và tài liệu dạy-học cho các cơ sở đào tạo liên tục trong phạm vi thuộc Sở Y tế quản lý trên cơ sở đề nghị của Hội đồng thẩm định chương trình và tài liệu dạy-học chuyên môn do Sở Y tế thành lập. Hiệu trưởng trường Cao đẳng và Trung cấp của tỉnh là Chủ tịch hoặc Phó chủ tịch Hội đồng thẩm định chuyên môn của Sở Y tế. Thời gian hoàn thành việc thẩm định là 1 tháng.
- c) Bộ Y tế ủy quyền cho các Viện nghiên cứu, các trường Đại học, Cao đẳng, Trung cấp y dược thẩm định và phê duyệt các chương trình và tài liệu đào tạo liên tục tương quan với các mã ngành nghề của chương trình đào tạo chính quy mà viện/trường đang thực hiện, trên cơ sở thẩm định của Hội đồng khoa học hoặc Hội đồng chương trình của viện/trường.
- d) Các cơ sở đào tạo có trách nhiệm xây dựng chương trình, tài liệu dạy học và trình cấp có thẩm quyền phê duyệt trước khi tổ chức khóa đào tạo.
- đ) Bộ Y tế sẽ phân cấp việc thẩm định và phê duyệt chương trình đào tạo liên tục cho các cơ sở đào tạo liên tục khác khi có đủ điều kiện.

4. Quản lý đào tạo liên tục

4.1. Cơ sở đào tạo liên tục

- a) Các cơ sở đào tạo Sau đại học, Đại học, Cao đẳng, Trung cấp và Dạy nghề đã được phép đào tạo chính quy thì được phép tổ chức các khóa đào tạo liên tục theo mã ngành đào tạo tương ứng, theo chương trình và tài liệu đã được thẩm định.
- b) Các cơ sở y tế trực thuộc Bộ Y tế có nhiệm vụ chỉ đạo tuyển trình Bộ Y tế chương trình, tài liệu đào tạo và danh sách giảng viên để được chính thức giao nhiệm vụ đào tạo liên tục của ngành.
- c) Các cơ sở y tế khác khi tham gia đào tạo liên tục để cấp giấy chứng nhận đào tạo liên tục theo quy định tại Thông tư này cần được thẩm định về: cơ sở vật chất, chương trình, tài liệu và đội ngũ giảng viên theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

4.2. Triển khai đào tạo

- a) Các cơ sở đào tạo liên tục trực thuộc Bộ Y tế và các Bộ, Ngành khác đăng ký và báo cáo triển khai kế hoạch đào tạo hàng năm với Bộ Y tế, các cơ sở y tế địa phương đăng ký và báo cáo kế hoạch đào tạo với Sở Y tế để tổng hợp và nhận phê duyệt giấy chứng nhận đào tạo liên tục.
- b) Bộ Y tế khuyến khích các cơ sở đào tạo ứng dụng công nghệ thông tin và truyền

thông trong việc tổ chức đào tạo liên tục.

4.3. Kinh phí cho đào tạo liên tục thông qua các nguồn sau đây

- a) Kinh phí đóng góp của người tham gia khóa đào tạo để nâng cao trình độ chuyên môn, nghiệp vụ của bản thân theo quy định của Nhà nước.
- b) Kinh phí đào tạo liên tục được kết cấu từ ngân sách nhà nước trong kế hoạch hàng năm của các cơ sở đào tạo do cơ quan có thẩm quyền phân bổ.
- c) Các cơ sở y tế có trách nhiệm bố trí kinh phí để đào tạo cán bộ của đơn vị từ kinh phí chi thường xuyên với tỷ lệ hợp lý, phù hợp với kế hoạch đào tạo liên tục.
- d) Kinh phí có từ nguồn thu hợp pháp khác.

4.4. Phân cấp quản lý đào tạo

- a) Bộ Y tế: Quản lý chương trình, tài liệu dạy - học của những khóa học ở tuyến trung ương và những khóa học liên quan đến nhiều cơ sở y tế (từ 2 tỉnh/thành phố trở lên); những khóa học có kiến thức, kỹ thuật, thủ thuật thuộc lĩnh vực y học mới, lần đầu tiên được đưa vào áp dụng tại Việt Nam. Các cơ sở y tế trung ương có nhiệm vụ chỉ đạo tuyến đã được Bộ Y tế ủy quyền chịu trách nhiệm về nội dung chuyên môn thuộc lĩnh vực,
- b) Các Sở Y tế: Chịu trách nhiệm quản lý công tác đào tạo liên tục trong địa phương mình và tổ chức các khóa đào tạo cho cán bộ thuộc phạm vi quản lý của Sở.
- c) Các trường Đại học, Cao đẳng, Trung cấp, Dạy nghề y tế thuộc tỉnh/thành phố trực thuộc trung ương có trách nhiệm tham mưu, phối hợp với Sở Y tế trong công tác quản lý, xây dựng kế hoạch, tổ chức và triển khai thực hiện nhiệm vụ đào tạo liên tục tại địa phương.
- d) Các cơ sở đào tạo liên tục phải đáp ứng các điều kiện đảm bảo chất lượng đào tạo (đội ngũ giảng viên, cơ sở vật chất, chương trình, học liệu, ...) và chịu trách nhiệm quản lý, báo cáo định kỳ về cơ quan quản lý cấp trên.
- đ) Bộ Y tế và các Sở Y tế tiến hành kiểm tra, giám sát thường xuyên định kỳ hoặc đột xuất việc tổ chức đào tạo liên tục của các cơ sở đào tạo để đảm bảo chất lượng.

4.5. Giấy chứng nhận đào tạo liên tục

- a) Chứng nhận đào tạo liên tục về chuyên môn cho cán bộ y tế được cấp theo mẫu của Bộ Y tế, trong đó có ghi các nội dung cụ thể của khóa học kèm theo số giờ học. Chứng nhận đào tạo liên tục có giá trị tích lũy trong 5 năm và được quản lý tương tự như quy

định quản lý văn bằng hệ chính quy.

b) Các cơ sở có đủ điều kiện và được giao nhiệm vụ đào tạo liên tục có trách nhiệm cấp giấy chứng nhận đào tạo liên tục cho những người đã học tập và đạt yêu cầu của khóa học. Chỉ những khóa đào tạo có thời gian từ 15 giờ thực học trở lên theo chương trình và tài liệu đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt mới được cấp giấy chứng nhận.

c) Quản lý giấy chứng nhận đào tạo liên tục: Bộ Y tế (Vụ Khoa học và Đào tạo) quản lý việc cấp mã số giấy chứng nhận đào tạo liên tục trong toàn quốc; trực tiếp quản lý việc cấp giấy chứng nhận đào tạo liên tục cho các cơ sở trực thuộc Bộ Y tế và các Bộ, Ngành khác. Các Sở Y tế được giao quyền in giấy chứng nhận đào tạo liên tục theo mẫu của Bộ Y tế để cấp cho các cơ sở đào tạo liên tục ở địa phương; các trường Đại học, Cao đẳng, Trung cấp y tế thuộc tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương giúp Sở Y tế quản lý việc cấp giấy chứng nhận đào tạo liên tục tại địa phương. Bộ Y tế sẽ giao quyền in giấy chứng nhận đào tạo liên tục cho các cơ sở khác khi đủ điều kiện./.

5. Đặc điểm và nguyên tắc học tập của người lớn

5.1 Đặc điểm học tập của người lớn

5.1.1 Học viên hiểu được nhu cầu học tập của cá nhân

- Giảng viên cần lượng giá học viên trước khóa học để xác định được mục tiêu, nội dung học tập phù hợp với nhu cầu của học viên.
- Giảng viên cần bắt đầu việc đào tạo bằng cách thảo luận với học viên về các mong đợi của họ đối với khóa học.

5.1.2. Học viên tự định hướng được việc học tập của cá nhân

- Giảng viên cần làm rõ ý nghĩa thực tiễn của chủ đề học để học viên nhận thức được sự cần thiết và nhiệt tình tham gia học tập.
- Giảng viên cần giúp học viên người lớn đưa ra mục tiêu và lập kế hoạch các hoạt động học tập cho phù hợp với nhu cầu của học viên.

5.1.3 Học viên có kinh nghiệm nghề nghiệp và kinh nghiệm sống

- Giảng viên cần đưa các kinh nghiệm của học viên vào lớp học
- Giảng viên cần liên kết các hoạt động học tập mới với kinh nghiệm sẵn có của học viên.
- Giảng viên cần tôn trọng và đánh giá đúng mức các kinh nghiệm của học viên.

5.1.4 Học viên không thích việc học mang tính áp đặt

- Giảng viên cần khuyến khích để học viên tham gia vào việc tổ chức lớp, bố trí phòng học và các hoạt động chung của lớp.
- Giảng viên cần yêu cầu các học viên tự xây dựng các nội quy học tập để tự giác thực hiện
- Giảng viên cần sử dụng các phương pháp dạy học chủ động như: động não, giải quyết tình huống, đóng vai, làm việc nhóm.... giúp cho học viên cảm thấy họ đang giải quyết các vấn đề thực tiễn đặt ra và vì vậy việc học tập sẽ hiệu quả hơn.

5.1.5 Học viên có động cơ học tập rõ ràng

- Động cơ bên trong là sự mong muốn học tập kiến thức, kỹ năng mới để làm tốt hơn công việc cần giải quyết hàng ngày.
- Động cơ bên ngoài là để đạt chuẩn các yêu cầu về vị trí công việc, hoặc để được tăng lương, đề bạt theo yêu cầu của tổ chức.
- Giảng viên cần giúp học viên cân bằng các động cơ học tập và phải đạt được các yêu cầu của khóa học.

5.2 Nguyên tắc học tập của người lớn

5.2.1 Sự tham gia tích cực của học viên

Người lớn học khác với trẻ con; các phương pháp như thuyết trình, học thuộc lòng ít có hiệu quả đối với người lớn. Vì vậy, giúp người lớn hiểu sẽ tốt hơn học thuộc lòng và tạo nhiều cơ hội để người lớn tham gia vào quá trình học tập thì sẽ nhớ lâu hơn. Giảng viên cần sử dụng các phương tiện nghe nhìn để thu hút sự tập trung học tập của học viên người lớn.

5.2.2 Tạo môi trường hỗ trợ cho việc dạy - học

Môi trường thuận lợi cho việc học tập bao gồm: các mối quan hệ giữa giảng viên và học viên, giữa học viên với nhau và cách bố trí lớp học. Giữa giảng viên và học viên cần có sự bình đẳng tin tưởng, tôn trọng lẫn nhau. Giữa các học viên cần thường xuyên có sự trao đổi, hợp tác và có sự thống nhất về các hoạt động học tập cũng như các hoạt động ngoại khóa. Học viên có xu hướng phản ứng tiêu cực với môi trường học tập giống như môi trường học tập của trẻ nhỏ. Môi trường thân thiện này sẽ đem lại hiệu quả học tập

cao hơn là sử dụng các biện pháp hành chính như phê phán, kỷ luật. Để đảm bảo lớp học diễn ra hiệu quả và nghiêm túc, cần tổ chức cho học viên tự xây dựng nội quy học tập ngay đầu khóa học và đưa ra các quy tắc để mỗi học viên thực hiện một cách tự nguyện.

5.2.3 Sử dụng hiệu quả kinh nghiệm của học viên

Giảng viên phải có khả năng đưa kinh nghiệm của học viên vào lớp học, đánh giá đúng giá trị các kinh nghiệm sẵn có của học viên sẽ làm cho học viên cảm thấy được tôn trọng và có niềm tin khi học các kiến thức-thái độ-kỹ năng mới. Giảng viên cần giúp họ liên kết được những kiến thức từ lớp học với những kinh nghiệm thực tế công việc của học viên.

6. Công tác đào tạo liên tục, kế hoạch đào tạo liên tục

6.1. Khái quát về đào tạo liên tục y khoa trên thế giới

6.1.1. Sơ lược về công tác đào tạo y khoa liên tục

Đào tạo y khoa liên tục (tiếng anh là Continuing Medical Education được viết tắt là CME) là quá trình cán bộ y tế không ngừng cập nhật những kiến thức và tiến bộ mới nhất trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe. Đào tạo y khoa liên tục được định nghĩa là “hoạt động được xác định rõ ràng để phát triển chuyên môn của cán bộ y tế và dẫn tới việc cải thiện chăm sóc cho bệnh nhân. CME bao gồm tất cả các hoạt động học tập mà cán bộ y tế mong muốn thực hiện để có thể thường xuyên, liên tục nâng cao năng lực chuyên môn của mình...”.

Khái niệm đào tạo liên tục ở nước ta cũng đã được đưa vào trong ngành y tế từ những năm 1990, với sự giúp đỡ của dự án hỗ trợ hệ thống đào tạo nhân lực y tế (còn gọi là 03/SIDA-Thụy Điển), Bộ Y tế đã hướng dẫn các tỉnh triển khai mạnh mẽ công tác đào tạo lại, đào tạo liên tục. Từ năm 2008, thông tư số 07/2008/TT-BYT, Bộ Y tế cũng định nghĩa “Đào tạo liên tục là các khóa đào tạo ngắn hạn, bao gồm: đào tạo bồi dưỡng kiến thức, kỹ năng, nghiệp vụ; cập nhật kiến thức y khoa liên tục; đào tạo chuyển giao kỹ thuật; đào tạo theo nhiệm vụ chỉ đạo tuyến và các khóa đào tạo chuyên môn nghiệp vụ khác trong lĩnh vực y tế.”

Ngày nay nhằm thay đổi thái độ của cán bộ y tế, tổ chức y tế thế giới đã đưa ra thuật ngữ phát triển nghề nghiệp liên tục (Continuing Professional Development viết tắt là CPD) và được sử dụng rộng rãi tại các nước Âu, Mỹ. Ngoài các nội dung giống như của CME, CPD còn bao gồm cả các phương pháp học tập khác ngoài hình thức nghe

giảng và ghi chép là các hình thức tự học và tự phát triển của từng cá nhân. Phát triển nghề nghiệp liên tục đề cập việc cán bộ y tế sau khi đã hoàn thành giai đoạn đào tạo cơ sở, sẽ học tập trong suốt cuộc đời làm việc của mỗi người để cập nhật kiến thức, kỹ năng để đáp ứng nhu cầu của người bệnh, các dịch vụ y tế. CPD được xây dựng dựa trên nhu cầu chuyên môn của cán bộ y tế đồng thời cũng là giải pháp chính để cải thiện chất lượng. Khác với đào tạo chính quy hay đào tạo sau đại học được thực hiện theo các quy định và quy tắc cụ thể thì CPD lại chủ yếu là các hoạt động học tập trên cơ sở định hướng cá nhân và thực hành để thúc đẩy nâng cao năng lực nghề, nhằm duy trì và nâng cao năng lực từng cá thể để đáp ứng được các nhu cầu ngày càng tăng của người bệnh và của hệ thống y tế. Trên thực tế hiện nay ở nước ta đang đồng nhất giữa CPD và CME.

6.1.2. Tổ chức công tác đào tạo liên tục

Tổ chức thực hiện CME giữa các nước trên thế giới rất khác nhau. Tuy nhiên mọi người đều thừa nhận rằng bản thân người trong nghề phải chịu trách nhiệm chính trong việc thực hiện các hoạt động đào tạo liên tục.

Các hiệp hội y học và tổ chức chuyên môn có vai trò là người khởi xướng, cung cấp và thúc đẩy thực hiện đào tạo liên tục tại rất nhiều nước. Có nhiều tổ chức cung cấp CME thậm chí không liên quan trực tiếp đến chuyên ngành y tế, chẳng hạn như các công ty cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe vì lợi nhuận, ngành công nghiệp công nghệ y, dược, các hiệp hội người tiêu dùng,... Mặc dù vậy chúng vẫn có một số đặc điểm chung, đó là phần lớn các hệ thống đều dựa trên cơ sở số giờ được đào tạo, trong đó giờ học được có thể tính tương đương với tín chỉ. Các hoạt động đào tạo thường được chia làm ba nhóm chính:

- Nhóm ngoại khóa gồm: các khóa học, hội thảo, hội nghị,...
- Nhóm nội tại gồm: các hoạt động thực hành, hội thảo giải quyết tình huống, hội thảo nhóm lớn, phân tích tập thể, giảng dạy, tư vấn với đồng đẳng hoặc đồng nghiệp,...
- Các tài liệu đào tạo mang tính lâu dài như tài liệu in, đĩa CD, tài liệu trên web như chương trình đào tạo, kiểm tra, đánh giá,...

Ở những nước yêu cầu có sự đánh giá lại việc cấp chứng chỉ hành nghề, các bằng chứng của đào tạo liên tục hoặc phát triển chuyên môn liên tục sẽ trở thành một phần không thể thiếu và rất quan trọng.

6.1.3. Tiêu chuẩn quốc tế về đảm bảo chất lượng đào tạo liên tục y khoa

Nâng cao sức khỏe cho mọi người là mục tiêu cơ bản của giáo dục y học, và cũng là nhiệm vụ của Tổ chức y tế thế giới (WHO). Năm 1998 Liên đoàn Giáo dục Y học Thế giới (World Federation Medical Education-WFME) với sự phối hợp của WHO đã khởi xướng xây dựng các tiêu chuẩn quốc tế trong giáo dục y học. Mục tiêu là cung cấp một cơ chế cho việc nâng cao chất lượng trong giáo dục y học, trong phạm vi toàn cầu, để áp dụng ở các nước trên thế giới. Tiêu chuẩn quốc tế có chức năng như là khuôn mẫu cho việc đảm bảo và nâng cao chất lượng giáo dục y khoa và còn có vai trò đảm bảo nền móng vững chắc cho giáo dục y khoa. Bộ tiêu chuẩn quốc tế của WHO & WFME gồm có 3 tập bao gồm cả 3 giai đoạn của quá trình đào tạo y học là Giáo dục y học cơ bản (Standard in basic medical education); Giáo dục y học sau đại học (Standard in postgraduate medical training) và Đào tạo liên tục/ nâng cao nghề nghiệp liên tục (Standard for continuing medical/professional development-CME/ CPD). Bộ tiêu chuẩn quốc tế này đã được đưa ra tại Hội nghị toàn cầu về Giáo dục y học tại Copenhagen (2003) đã được chính thức thông qua và đã được dịch ra nhiều thứ tiếng để áp dụng.

Tiêu chuẩn quốc tế về đào tạo liên tục (CME/ CPD) gồm 9 tiêu chuẩn với 36 tiêu chí là:

- Tiêu chuẩn 1. Nhiệm vụ và kết quả đầu ra, có 4 tiêu chí
- Tiêu chuẩn 2. Các phương pháp học tập, có 6 tiêu chí
- Tiêu chuẩn 3. Lập kế hoạch và dẫn chứng bằng tư liệu, có 2 tiêu chí
- Tiêu chuẩn 4. Cá nhân người bác sĩ, có 4 tiêu chí
- Tiêu chuẩn 5. Những người cung cấp CME/CPD, có 4 tiêu chí
- Tiêu chuẩn 6. Ngữ cảnh học tập và nguồn lực, có 7 tiêu chí
- Tiêu chuẩn 7. Đánh giá các phương pháp và năng lực, có 4 tiêu chí
- Tiêu chuẩn 8. Tổ chức, có 4 tiêu chí
- Tiêu chuẩn 9. Đổi mới liên tục, có 1 tiêu chí

6.2. Quy định của Bộ Y tế về đào tạo liên tục

6.2.1. Khái quát về thông tư 22/2013/TT-BYT ngày 9/8/2013.

Nhận thức được tầm quan trọng và sự cần thiết trong việc đào tạo liên tục trong ngành y tế, ngay từ khi chưa có Luật Khám bệnh, chữa bệnh Bộ Y tế đã ban hành thông tư số 07/2008/TT-BYT ngày 28 tháng 5 năm 2008 về “Hướng dẫn công tác đào tạo liên tục đối với cán bộ y tế”, đã bước đầu triển khai khá rộng rãi. Sau khi

Luật Khám bệnh chữa bệnh có hiệu lực, năm 2013 Bộ Y tế đã điều chỉnh nâng cấp tiếp tục chủ trương này để thực hiện một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh. Ngày ngày 09 tháng 8 năm 2013 Bộ trưởng đã ban hành thông tư số 22/2013/TT-BYT về việc “Hướng dẫn việc đào tạo liên tục cho cán bộ y tế” để thay thế thông tư 07/2008/TT-BYT. Trong cả 2 thông tư trên Bộ Y tế thống nhất chủ trương tất cả cán bộ đang hoạt động trong lĩnh vực y tế ở Việt Nam phải được đào tạo cập nhật về kiến thức, kỹ năng, thái độ trong lĩnh vực chuyên môn, nghiệp vụ của mình. Trừ một số trường hợp cán bộ cao cấp thì việc học tập được qui định khi tham dự các hội thảo, hội nghị quốc tế hoặc tham gia tổ chức giảng dạy, nghiên cứu còn yêu cầu chung cho tất cả cán bộ y tế có thời gian đào tạo tối thiểu là 24 giờ thực học. Những người hành nghề trong lĩnh vực khám chữa bệnh nếu 2 năm không cập nhật kiến thức y khoa liên tục sẽ bị thu hồi chứng chỉ hành nghề (theo quy định tại điều 29 luật khám bệnh chữa bệnh). Những cán bộ trong lĩnh vực khác thì thời gian xem xét là 5 thuộc lĩnh vực chuyên môn, nghiệp vụ đang hành nghề. Mọi cá nhân làm việc trong lĩnh vực y tế ở Việt Nam đều có nghĩa vụ tham gia học tập. Thủ trưởng các cơ sở y tế có trách nhiệm xây dựng kế hoạch, tổ chức cho cán bộ của mình được học tập. Điểm khác biệt của thông tư 22/2013/TT-BYT so với thông tư 07/2008/TT-BYT là yêu cầu cao hơn với những người hành nghề khám bệnh chữa bệnh, ủy quyền phân quyền rộng hơn cho các cơ sở đào tạo liên tục và quy định chặt chẽ hơn để đảm bảo chất lượng đào tạo đặc biệt là công tác kiểm định chất lượng cơ sở đào tạo liên tục.

6.3.2. Một số nội dung cơ bản của thông tư số 22/2013/TT-BYT

(1). Tổ chức hệ thống đào tạo liên tục

Trước khi các thông tư này ra đời thì việc đào tạo liên tục chủ yếu do các trường y tế đảm nhận, gần đây do quá tải về số lượng tuyển sinh mới nên việc đào tạo liên tục ở các trường y càng bị hạn chế. Hiện nay cả nước có trên 500.000 cán bộ y tế cần được thường xuyên đào tạo liên tục nên các trường y không có khả năng đảm nhận. Mặt khác thực tế cho thấy cán bộ y tế được đào tạo tại chỗ sát với nhu cầu công việc hàng ngày sẽ hiệu quả hơn là đưa họ về các trường để học tập, do vậy Bộ Y tế chỉ rõ các Sở Y tế, bệnh viện, viện nghiên cứu trung ương cùng với các trường phải tổ chức đào tạo liên tục cán bộ y tế. Đến nay mạng lưới các cơ sở đào tạo liên tục đã được hình thành trong toàn quốc, được cấp mã số đào tạo liên tục.

Theo Điều 10 của Thông tư 22, mã số đào tạo liên tục bao gồm:

Mã A: các trường y tế tổ chức các khóa đào tạo liên tục tương ứng với chương trình chính quy mà trường đang đào tạo.

Mã B: các bệnh viện, các viện nghiên cứu, các cơ sở y tế được giao nhiệm vụ chỉ đạo tuyển, tổ chức đào tạo theo nhiệm vụ.

Mã C: các sở y tế tổ chức đào tạo cho đội ngũ cán bộ y tế mà Sở đang quản lý và hành nghề trên địa bàn.

Việc tổ chức hệ thống đào tạo liên tục cũng được Bộ Y tế hướng dẫn kỹ càng và đến nay nhiều bệnh viện trung ương, nhiều sở y tế đã thực hiện thành công. Các sở y tế đồng bằng sông Hồng, thành phố Hồ Chí Minh và Sở y tế của 8 tỉnh duyên hải Nam Trung bộ là những tỉnh đã sớm hoàn thiện việc tổ chức hệ thống này.

Để cơ sở đào tạo liên tục đáp ứng được nhu cầu, Điều 11 của Thông tư 22/2013/TT-BYT nêu rõ: các cơ sở muốn trở thành đơn vị đào tạo liên tục nhân lực y tế cần có đủ các điều kiện đó là:

a) Năng lực chuyên môn của đơn vị.

b) Chương trình đào tạo liên tục được Hội đồng cơ sở thông qua.

c) Tài liệu theo chương trình để phục vụ cho việc đào tạo liên tục,

Tài liệu có thể do giảng viên biên soạn và cũng có thể tìm những tài liệu chính thống đã xuất bản của Bộ Y tế hay của các cơ sở đào tạo có uy tín được Hội đồng cơ sở thông qua.

d) Đội ngũ giảng viên có đủ trình độ chuyên môn và được bồi dưỡng về nghiệp vụ giảng dạy y học đặc biệt là giảng dạy/ hướng dẫn lâm sàng.

đ) Phương án tổ chức quản lý về đào tạo liên tục, trong đó chỉ rõ tên của lãnh đạo phụ trách, cán bộ chuyên trách và các hội đồng chuyên môn thẩm định chương trình, tài liệu dạy học.

e) Một số trang thiết bị tối thiểu phục vụ cho công tác đào tạo liên tục như số giường bệnh, số kỹ thuật Labo đang làm và trang thiết bị khác như, phòng học, thiết bị nghe nhìn cho dạy-học.

Theo quy định đó các bệnh viện trung ương sẽ có mã đào tạo là mã B. Ví dụ bệnh viện Bạch Mai là mã B24, bệnh viện Chợ rẫy là B12. Các bệnh viện tỉnh sẽ có mã C. Ví dụ Sở y tế Thành phố Hồ Chí Minh được cấp mã đào tạo liên tục là C01 thì bệnh viện

Bình dân thuộc Sở được cấp mã C01.02, bệnh viện Phạm Ngọc Thạch mã C01.21. Tương tự bệnh viện đa khoa Phú Thọ có mã đào tạo liên tục là C15.01.

Phân biệt các mã A, B và C

Mã A được tự động cấp cho các trường y dược đã đào tạo chính quy ổn định, nề nếp. Vì các trường là chuyên nghiệp trong đào tạo nên việc quản lý đào tạo liên tục Bộ Y tế đã ủy quyền hoàn toàn, trường triển khai theo quy định chung của công tác đào tạo nhân lực y tế. Chương trình và tài liệu đào tạo liên tục do Hội đồng chuyên môn của trường thẩm định. Hiệu trưởng ký quyết định ban hành. Công tác tổ chức học tập, kiểm tra đánh giá, cấp giấy chứng nhận, lưu trữ theo quy định của hệ thống giáo dục quốc dân. Chứng chỉ đào tạo liên tục có giá trị trong toàn quốc.

Mã B được bộ cấp cho các cơ sở đào tạo liên tục ở trung ương, hay các trung tâm có chức năng hoạt động rộng rãi toàn quốc. Mã B bao gồm các Viện nghiên cứu trung ương, các bệnh viện trung ương (hoặc địa phương được giao nhiệm vụ chỉ đạo tuyến, hay hỗ trợ cho khu vực) và các trung tâm của các Hội nghề nghiệp trung ương. Những cơ sở thuộc loại này cần có hồ sơ để Bộ xem xét cấp mã. Thẩm định chương trình và tài liệu đối với những Viện hay bệnh viện đã đào tạo chuyên khoa sau đại học được ủy quyền tự thẩm định và ra quyết định ban hành, các cơ sở chưa được ủy quyền sẽ trình Bộ thẩm định, ban hành những chương trình và tài liệu đào tạo liên tục triển khai rộng rãi toàn quốc. Chứng chỉ đào tạo liên tục có giá trị toàn quốc (Sở Y tế không cần thẩm định lại khi xem xét chứng chỉ hành nghề).

Mã C cấp cho các Sở Y tế các tỉnh/thành phố và y tế các Bộ, Ngành. Sở Y tế có hồ sơ xin cấp mã trình Bộ để xem xét và cấp mã. Sở y tế quản lý chung, xây dựng kế hoạch, phân công nhiệm vụ và cấp giấy chứng nhận đào tạo liên tục. Chứng chỉ đào tạo liên tục có giá trị trong tỉnh. Các tỉnh có thể công nhận xem xét công nhận lẫn nhau về giá trị của chứng chỉ khi xét thấy đảm bảo đầy đủ yêu cầu của mình về chất lượng chuyên môn của các khóa đào tạo.

+ Các đơn vị y tế tuyến tỉnh bao gồm: Các bệnh viện đa khoa, chuyên khoa; Trung tâm y tế dự phòng; Trung tâm kiểm nghiệm dược phẩm; Chi cục Dân số và kế hoạch hóa gia đình,... có đủ điều kiện theo quy định được thẩm định và cho phép. Các bệnh viện thuộc các Sở Y tế sẽ có mã cấp 2 gắn với mã cấp 1 của Sở Y tế. Sở Y tế sẽ thẩm định và báo cáo Bộ Y tế công nhận.

(2). Chương trình và tài liệu đào tạo liên tục

Thông tư 22/2013/TT-BYT đã quy định: Bộ Y tế thống nhất quản lý về mặt nhà nước chương trình và tài liệu dạy-học liên tục về chuyên môn được sử dụng trong các cơ sở đào tạo, ngành y tế. Các cơ sở đào tạo liên tục cần tuân thủ nguyên tắc: Cơ sở đào tạo xây dựng chương trình và tài liệu đào tạo liên tục, trình cấp thẩm quyền phê duyệt trước khi tiến hành mở lớp.

Bộ Y tế đã ủy quyền cho các trường, các sở y tế và một số bệnh viện, viện nghiên cứu trung ương có đủ điều kiện được thẩm định, chương trình và tài liệu đào tạo liên tục trên cơ sở chức năng, nhiệm vụ và khả năng của từng đơn vị. Cụ thể Điều 8 thông tư 22/2013/TT-BYT nêu rõ: Bộ Y tế đã ủy quyền thẩm định, phê duyệt chương trình và tài liệu đào tạo liên tục cho các bệnh viện được giao nhiệm vụ đào tạo sau đại học tương ứng với mã đào tạo đã được giao. Như vậy Bệnh viện Bạch Mai đã giao nhiệm vụ đào tạo bác sĩ chuyên khoa 1 sau đại học về Nội khoa thì được quyền thẩm định và phê duyệt các chương trình và tài liệu đào tạo liên tục về nội khoa. Tuy nhiên không được ủy quyền phê duyệt chương trình đào tạo liên tục về Dược học hay Sư phạm y học. Bộ Y tế cũng khuyến khích các chương trình đào tạo liên tục có thời gian từ 3 tháng trở lên và nội dung chuyên môn sâu nên thiết kế để có thể liên thông với các chương trình đào tạo sau đại học như chuyên khoa I, chuyên khoa II để tạo thuận lợi cho người học và nên xây dựng chương trình đào tạo trực tuyến (e-learning) đối với những nội dung đào tạo phù hợp.

Căn cứ vào chương trình được phê duyệt, các cơ sở đào tạo xây dựng tài liệu dạy-học cho phù hợp. Tài liệu dạy-học được cấu trúc theo chương, bài. Trong mỗi bài cần có mục tiêu, nội dung và lượng giá. Khi biên soạn phần nội dung, lượng giá cần bám sát theo mục tiêu đề ra.

(3). Giảng viên đào tạo liên tục

Thông tư 22/2013/TT-BYT quy định là tất cả các khóa đào tạo liên tục phải bố trí đủ giảng viên, trợ giảng đạt tiêu chuẩn để bảo đảm chất lượng đào tạo. Giảng viên đào tạo liên tục là người có trình độ, kinh nghiệm, chuyên môn phù hợp và được đào tạo về phương pháp dạy - học y học. Giảng viên đào tạo liên tục yêu cầu có trình độ từ đại học trở lên và chuyên môn phù hợp với yêu cầu của nội dung giảng dạy. Trong đào tạo liên tục ưu tiên lựa chọn những giảng viên chuyên môn có nhiều kinh nghiệm thực

tế, đặc biệt là trong lâm sàng hơn là trình độ học vấn mang tính học thuật. Giảng viên cũng cần phải có phương pháp dạy học y học hay chứng chỉ sư phạm y học y bản theo chương trình của Bộ Y tế. Do đặc thù của giảng dạy y học là dạy nghề, dạy theo nhóm nhỏ nên Thông tư 22/2013/TT-BYT đã chỉ rõ việc bố trí các lớp học nhất thiết phải có trợ giảng để đảm bảo chất lượng.

Thực hiện Luật Khám bệnh, chữa bệnh việc đào tạo y khoa liên tục cho những người hành nghề khám chữa bệnh là công việc rất quan trọng, đặc biệt là kèm cặp tay nghề trong các bệnh viện. Số lượng đào tạo rất lớn bao gồm đào tạo liên tục và đào tạo trước khi hành nghề (theo điều 24 của Luật khám chữa bệnh). Vì vậy trong thông tư này Bộ Y tế đã có khái niệm mới là “Giảng viên lâm sàng” đó là những người có kinh nghiệm thực tế trong công tác khám bệnh, chữa bệnh và được đào tạo về phương pháp giảng dạy lâm sàng. Như vậy ngoài kinh nghiệm thực tế chuyên sâu, giảng viên lâm sàng còn phải được đào tạo về phương pháp dạy-học lâm sàng theo chương trình của Bộ Y tế.

(4). Quản lý công tác đào tạo liên tục

Thông tư 22/2013/TT-BYT khẳng định Bộ Y tế thống nhất quản lý công tác đào tạo liên tục trong lĩnh vực y tế trên toàn quốc và giao cho Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo làm đầu mối hướng dẫn chỉ đạo. Quy định Sở Y tế có trách nhiệm quản lý đào tạo liên tục của địa phương và là đầu mối tổ chức Quản lý công tác đào tạo cho cán bộ thuộc thẩm quyền quản lý, quản lý chương trình, tài liệu, chứng chỉ, cơ sở dữ liệu, hồ sơ. Quy định các cơ sở đào tạo liên tục có trách nhiệm: tổ chức, quản lý và triển khai công tác đào tạo liên tục của đơn vị, quản lý chương trình, tài liệu, hồ sơ, chứng chỉ.

Thông tư cũng quy định các cơ sở đào tạo liên tục có trách nhiệm xây dựng kế hoạch đào tạo liên tục hàng năm và 5 năm của đơn vị. Sau khi kế hoạch đào tạo liên tục hàng năm của đơn vị đã được phê duyệt cơ sở đào tạo liên tục tiến hành triển khai các khóa đào tạo liên tục theo trình tự thủ tục quy định chặt chẽ tại Điều 15 của Thông tư.

Tinh thần của Thông tư 22/2013/TT-BYT là tại địa phương các Sở Y tế chịu trách nhiệm quản lý công tác đào tạo liên tục ở địa phương mình và tổ chức các khóa đào tạo cho cán bộ thuộc phạm vi quản lý. Sở y tế quản lý chất lượng các khóa đào tạo và số chứng chỉ đào tạo liên tục được cấp trong phạm vi Sở phụ trách. Các trường y tế thuộc

tỉnh/thành phố có trách nhiệm tham mưu, phối hợp với Sở y tế trong công tác quản lý, xây dựng kế hoạch, tổ chức triển khai thực hiện nhiệm vụ đào tạo liên tục tại địa phương.

Ở trung ương Bộ Y tế quản lý những khóa học ở tuyến trung ương và những khóa học liên quan đến nhiều cơ sở y tế. Những khóa học có kiến thức, kỹ thuật, thủ thuật thuộc lĩnh vực y học mới, được lần đầu tiên được đưa vào Việt Nam. Các cơ sở y tế trung ương có nhiệm vụ chỉ đạo tuyến chịu trách nhiệm về nội dung chuyên môn thuộc lĩnh vực, nhiệm vụ được giao.

Các bệnh viện là cơ sở đào tạo liên tục phải đáp ứng các điều kiện đảm bảo chất lượng đào tạo, chuẩn bị tốt chương trình, tài liệu, đội ngũ giảng viên thỉnh giảng, cơ sở vật chất, học liệu và tổ chức thực hiện nghiêm túc việc triển khai khóa học có chất lượng đồng thời chịu trách nhiệm quản lý, báo cáo định kỳ về cơ quan quản lý cấp trên. Trong điều 15 thông tư 22 cũng chỉ rõ trách nhiệm của các cấp trong việc quản lý đào tạo liên tục. Ở mỗi bệnh viện cần có

- Cán bộ làm công tác tổ chức và quản lý đào tạo liên tục
- Tổ chức triển khai các khóa đào tạo liên tục
- Quản lý, lưu trữ chương trình, tài liệu các khóa đào tạo liên tục
- Quản lý hồ sơ khóa học
- Quản lý phôi và việc cấp chứng chỉ đào tạo liên tục theo đúng quy định.

Chứng chỉ đào tạo liên tục do do các đơn vị được cấp mã cấp 1 (mã A, mã B và mã C) được tự in và quản lý, sử dụng theo quy định của pháp luật. Như vậy ở tỉnh chỉ có Sở Y tế mới có quyền in phôi chứng chỉ đào tạo liên tục.

Quản lý chất lượng cơ sở đào tạo liên tục.

Đây là một điểm mới so với trước đây, Thông tư 22/2013/TT-BYT đã nêu rõ Bộ Y tế ban hành quy định tiêu chuẩn bảo đảm chất lượng cơ sở đào tạo liên tục trong lĩnh vực y tế. Hiện nay Bộ Y tế đã có quyết định ban hành các tiêu chuẩn đảm bảo chất lượng đào tạo liên tục cán bộ y tế. Bộ tiêu chuẩn đó bao gồm 3 loại là tiêu chuẩn cho bệnh viện trung ương, tiêu chuẩn cho viện nghiên cứu trung ương và tiêu chuẩn cho sở y tế. Trong tiêu chuẩn của sở y tế lại có tiêu chuẩn cho cơ quan sở y tế, tiêu chuẩn cho bệnh viện thuộc sở y tế và tiêu chuẩn cho các đơn vị khác thuộc sở.

Thông tư quy định rõ trách nhiệm của Giám đốc Sở Y tế tổ chức thực hiện các quy định về bảo đảm chất lượng và chịu trách nhiệm về chất lượng đào tạo liên tục của

Sở Y tế và các đơn vị trực thuộc và Thủ trưởng các cơ sở đào tạo liên tục tổ chức triển khai thực hiện các quy định về đảm bảo chất lượng và chịu trách nhiệm về chất lượng đào tạo liên tục do cơ sở thực hiện. Bộ Y tế sẽ tiến hành công nhận, công nhận lại chất lượng cơ sở đào tạo liên tục theo chu kỳ 5 năm 1 lần và giao Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo chủ trì, tổ chức thẩm định chất lượng cơ sở đào tạo liên tục, trình Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành quyết định công nhận.

Quản lý chất lượng đào tạo liên tục ở chương trình mục tiêu quốc gia, các dự án trong và ngoài nước về y tế. Hiện nay ngành y tế có nhiều chương trình dự án y tế quốc gia và quốc tế, các chương trình dự án này thường triển khai theo mục tiêu riêng đã được phê duyệt, tuy nhiên để đảm bảo chất lượng Bộ Y tế quy định các hoạt động này cần tuân thủ theo thông tư 22/2013/TT-BYT. Các khóa đào tạo liên tục áp dụng cho 2 tỉnh/thành phố trở lên phải báo cáo Bộ Y tế để được phê duyệt chương trình, tài liệu trước khi tổ chức. Các chương trình mục tiêu quốc gia và dự án do cơ quan trung ương quản lý báo cáo với Bộ Y tế, còn với các dự án do tỉnh/thành phố trực thuộc trung ương quản lý báo cáo với sở y tế để phối hợp thực hiện.

(5). Kinh phí cho đào tạo liên tục

Khó khăn nhất trong việc triển khai đào tạo liên tục là kinh phí ở đâu, thu thế nào? Chi thế nào, đặc biệt là đối với các cơ sở y tế nhà nước. Hiện nay chưa có quy định cụ thể nào cho nội dung này. Tuy nhiên Thông tư 22/2013/TT-BYT cũng nêu rõ kinh phí cho đào tạo liên tục cán bộ y tế được có từ các nguồn:

- Do đóng góp của người đi học.
- Kinh phí được kết cấu từ ngân sách nhà nước theo kế hoạch hàng năm.
- Kinh phí đào tạo liên tục do các cơ sở y tế trả cho cán bộ y tế của mình từ kinh phí chi thường xuyên của đơn vị.
- Kinh phí có từ nguồn thu hợp pháp khác để đào tạo liên tục.

Việc thu phí bao nhiêu Thông tư 22/2013/TT-BYT cũng chỉ ra: Kinh phí đào tạo được tính toán dựa trên các chi phí thực tế của khóa học theo nguyên tắc thu đủ chi, không vì lợi nhuận và theo các quy định hiện hành của Nhà nước. Cơ sở đào tạo phải công khai kinh phí của khóa học trước khi triển khai để người học lựa chọn cho phù hợp.

Chi cho đào tạo liên tục thế nào? Những mục nào được chi? Đây cũng là câu hỏi còn chưa có lời giải đáp thỏa đáng. Tuy nhiên theo kinh nghiệm của các cơ sở đào tạo liên tục đã thực hiện trong 5 năm qua thì việc chi cơ bản dựa trên thông tư số 139/2010/TT-BTC và số 123/2009/TT-BTC của Bộ Tài chính. Bên cạnh đó cũng phải có dự toán trước những khoản chi khác như Giảng viên lâm sàng, trợ giảng, hội trường, máy móc thiết bị, súc vật thí nghiệm, hóa chất, vật tư tiêu hao,... Tất cả những yêu cầu này cần làm rõ, công khai và được phê duyệt sẽ tạo thuận lợi cho những người làm công tác quản lý đào tạo liên tục.

6.4. Sự cần thiết của kế hoạch đào tạo liên tục

Trong ngành y tế đào tạo liên tục là công tác quan trọng, Bộ Y tế chủ trương đào tạo liên tục là giải pháp tăng cường chất lượng đội ngũ nhân lực y tế hiện nay. Từ những năm 1990 Bộ Y tế đã xác định đào tạo liên tục là bộ phận không thể tách rời của công tác đào tạo nhân lực y tế, đến 1994 Chính phủ chính thức triển khai công tác đào tạo cán bộ công chức. Năm 2008 Bộ Y tế ban hành thông tư 07/2008/TT-BYT yêu cầu tất cả các cán bộ y tế phải tham gia đào tạo liên tục và đến năm 2013 Bộ Y tế ban hành thông tư số 22/2013/TT-BYT nâng cấp thông tư 07/2008/TT-BYT đưa công tác đào tạo liên tục lên tầm cao mới. Thông tư quy định mọi cán bộ y tế đều có nghĩa vụ học tập liên tục để nâng cao trình độ và quy định các cơ sở y tế phải tổ chức cho cán bộ của mình được học tập liên tục, Thông tư cũng quy định các bệnh viện sẽ là trọng tâm để triển khai công tác đào tạo liên tục của ngành.

Công tác đào tạo liên tục tuy đã triển khai trong ngành khá lâu, tuy nhiên khó khăn chủ yếu nhất là cách tổ chức đào tạo và đặc biệt là vấn đề kinh phí cho đào tạo liên tục do vậy Thông tư số 22/2013/TT-BYT cũng đã chỉ ra để có thể triển khai tốt công tác này thì cần phải xây dựng kế hoạch.

Trên cơ sở đó mới có nguồn lực bao gồm, nhân lực, vật lực và tài lực cho công tác đào tạo liên tục. Thông tư có riêng Điều 12 về xây dựng và phê duyệt kế hoạch đào tạo liên tục trong đó đã chỉ ra:

- Các cơ sở đào tạo liên tục có trách nhiệm xây dựng kế hoạch trình cấp có thẩm quyền phê duyệt.
- Thẩm quyền phê duyệt kế hoạch đào tạo liên tục:

+ Bộ trưởng Bộ Y tế phê duyệt hoặc ủy quyền phê duyệt kế hoạch đào tạo liên tục 5 năm của Bộ Y tế và của các cơ sở đào tạo liên tục trực thuộc Bộ Y tế.

+ Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương phê duyệt hoặc ủy quyền cho Sở Y tế phê duyệt kế hoạch đào tạo liên tục 5 năm của tỉnh và các cơ sở đào tạo liên tục trực thuộc Sở Y tế.

+ Bộ trưởng, Thủ trưởng các Bộ, Ngành phê duyệt kế hoạch đào tạo liên tục 5 năm của các đơn vị đào tạo liên tục thuộc Bộ, Ngành.

+ Thủ trưởng các cơ sở đào tạo liên tục tổ chức xây dựng, phê duyệt kế hoạch đào tạo liên tục hằng năm của đơn vị trên cơ sở kế hoạch 5 năm đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt.

Như vậy kế hoạch đào tạo liên tục bao gồm kế hoạch dài hạn và kế hoạch hàng năm. Trong các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế có nhiệm vụ chỉ đạo tuyển thi việc xây dựng kế hoạch đào tạo liên tục gồm có 2 loại là:

- Kế hoạch đào tạo liên tục trong 5 năm
- Kế hoạch đào tạo liên tục hàng năm

6.5. Quy trình xây dựng kế hoạch đào tạo liên tục ở bệnh viện

Khác với việc thực hiện kế hoạch đào tạo ở các trường y tế theo năm học kéo dài từ tháng 9 năm nay đến tháng 8 năm sau, việc triển khai công tác đào tạo liên tục chỉ thực hiện từ tháng 1 và đến tháng 12 là phải kết thúc.

Vì vậy kế hoạch đào tạo liên tục là kế hoạch theo năm tài chính, kế hoạch phải được thẩm định và phê duyệt từ năm trước để năm kế tiếp tổ chức triển khai thực hiện.

Kế hoạch đào tạo liên tục ở bệnh viện có 2 loại: kế hoạch dài hạn (thường là 5 năm) và kế hoạch hàng năm

6.5.1. Kế hoạch đào tạo liên tục 5 năm

(1). Kế hoạch của bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế

Vì việc đào tạo liên tục thường là thời gian ngắn (dưới 1 năm) nên kế hoạch đào tạo liên tục của các bệnh viện có nhiệm vụ chỉ đạo tuyển thường là kế hoạch 5 năm và cần trình Bộ Y tế phê duyệt vì vậy quy trình xây dựng và phê duyệt đòi hỏi có đủ thời gian để xem xét và báo cáo các cơ quan có thẩm quyền nhà nước đưa vào kế hoạch kinh phí cho năm sau, vì vậy quy trình thông thường như quy trình xây dựng kế hoạch của ngành cụ thể như sau:

Tháng quý 3 hàng năm: xây dựng kế hoạch 5 năm tại bệnh viện

- Thu thập thông tin và tiến hành xây dựng kế hoạch đào tạo liên tục
- Xin góp ý của các bộ phận liên quan trong bệnh viện
- Hoàn thiện và trình giám đốc bệnh viện xem xét để có tờ trình Bộ Y tế xin thẩm định, phê duyệt (do lãnh đạo bệnh viện ký trình Bộ Y tế)

Tháng 10: Trình bản dự thảo kế hoạch dài hạn xin Bộ Y tế thẩm định và phê duyệt (theo quy trình thẩm định và phê duyệt của Bộ Y tế)

- Cục khoa học công nghệ và Đào tạo đầu mối báo cáo Bộ trưởng thành lập hội đồng thẩm định (phối hợp với Vụ Kế hoạch-Tài chính).
- Sau khi hội đồng thẩm định thông qua, Cục khoa học công nghệ và Đào tạo đầu mối phối hợp Vụ Kế hoạch – Tài chính trình Bộ trưởng phê duyệt.

Lưu ý: Bộ Y tế phê duyệt kế hoạch 5 năm của bệnh viện thuộc Bộ về đào tạo liên tục. Nếu được ủy quyền thì giám đốc bệnh viện mới phê duyệt.

Tháng 11: Bộ Y tế (Vụ Kế hoạch-Tài chính) tổng hợp và đưa vào kế hoạch chung hàng năm của Bộ để trình các cơ quan chính phủ cấp kinh phí.

Tháng 12. Bộ Kế hoạch đầu tư, Bộ tài chính thông báo kế hoạch cho Bộ Y tế

Trước 31/12. Bộ Y tế thông báo cho các bệnh viện thuộc Bộ kế hoạch năm sau (trong đó có kế hoạch đào tạo liên tục của bệnh viện).

Từ tháng 1 năm tới cho đến hết kỳ kế hoạch 5 năm: Các bệnh viện sau khi nhận được kế hoạch của Bộ Y tế

- Đưa vào kế hoạch hàng năm,
- Tổ chức triển khai thực hiện theo kế hoạch năm
- Giám sát việc thực hiện kế hoạch (giám sát giữa kỳ)
- Điều chỉnh kế hoạch 5 năm (nếu cần thiết)

(2). Kế hoạch của bệnh viện trực thuộc Sở Y tế và các Bộ, Ngành

Quy trình xây dựng kế hoạch đào tạo liên tục 5 năm cũng tương tự như quy trình của các bệnh viện trung ương, có điểm khác biệt sẽ là cấp trên quản lý trực tiếp của bệnh viện phê duyệt kế hoạch (Sở Y tế). Sau đó Sở sẽ tập hợp báo cáo tỉnh để đưa vào kế hoạch chung của tỉnh/thành phố.

6.5.2. Kế hoạch đào tạo liên tục hàng năm

Kế hoạch đào tạo liên tục hàng năm của bệnh viện được xây dựng dựa trên kế hoạch 5 năm đã được phê duyệt. Kế hoạch đào tạo liên tục của bệnh viện là bộ phận của kế hoạch chung hàng năm. Kế hoạch chung của bệnh viện trình cấp thẩm quyền phê duyệt cần có dòng kinh phí đào tạo liên tục.

Quy trình cũng tương tự như xây dựng kế hoạch 5 năm, đầu mỗi xây dựng kế hoạch đào tạo là đơn vị phụ trách đào tạo liên tục, phòng kế hoạch tổng hợp sẽ tổng hợp trong kế hoạch chung. Quy trình cụ thể như sau:

Quý 3: Thu thập thông tin

- Tiến hành xây dựng dự thảo kế hoạch đào tạo liên tục
- Xin ý kiến của các đơn vị liên quan và hoàn thiện
- Chuyển phòng kế hoạch tổng hợp của bệnh viện tập hợp trong kế hoạch chung (cũng có thể là kế hoạch riêng biệt – do lãnh đạo Bệnh viện quyết định)

Quý 4:

- Hội đồng (khoa học) của bệnh viện thẩm định, góp ý
- Sửa chữa và hoàn thiện
- Lãnh đạo bệnh viện ký quyết định phê duyệt

Từ quý 1 năm sau:

- Tổ chức triển khai
- Giám sát việc thực hiện kế hoạch
- Rút kinh nghiệm và đánh giá việc thực hiện
- Chuẩn bị cho kế hoạch năm tiếp sau

Lưu ý

- Kế hoạch đào tạo liên tục hàng năm do Giám đốc bệnh viện phê duyệt
- Kế hoạch hàng năm là 1 phần của kế hoạch 5 năm đã được phê duyệt
- Trong trường hợp chưa có kế hoạch 5 năm thì kế hoạch hàng năm được đưa vào kế hoạch chung của bệnh viện
- Trong kế hoạch chung của bệnh viện nhất thiết có dòng kinh phí cho đào tạo liên tục.

6.6. Nội dung của kế hoạch đào tạo liên tục 5 năm

6.6.1. Yêu cầu cho một bản kế hoạch tốt

Chúng ta đều mong muốn bản kế hoạch được chuẩn bị là tốt. Bản kế hoạch là tốt cần nhiều yếu tố, nhưng ít nhất cần đạt được các tiêu chí sau:

Khả thi: Bản kế hoạch phải có khả năng thực hiện được. Khi xây dựng kế hoạch bạn phải tin rằng có thể thực hiện được thì mới đưa vào kế hoạch. Bản kế hoạch đưa ra những con số mong muốn mà con số đó người làm kế hoạch tin là có thể thực hiện được trong bối cảnh cụ thể của mình vào năm cuối của kỳ kế hoạch

Đồng thuận: Bản kế hoạch là văn bản cần được sự đồng thuận của các phòng, ban liên quan chứ không chỉ là của bộ phận đào tạo liên tục, hay của 1 cá nhân nào đó. Bản kế hoạch phải được tính toán kỹ càng. Ví dụ trong kế hoạch phải tính toán chi phí để cho hoạt động đào tạo, và số kinh phí này là có thể có được trong bối cảnh chung.

Đặc thù của người làm kế hoạch phải chuẩn bị bản dự thảo dựa trên sự cần thiết của công tác y tế. Các cuộc họp thảo luận giữa các đơn vị liên quan trong bệnh viện để xem xét bản dự thảo do bộ phận đào tạo liên tục hay kế hoạch của bệnh viện để có được sự đồng thuận và chấp thuận của các đơn vị liên quan.

Được sử dụng: Khi kế hoạch đã được sự chấp thuận phải được công bố và sử dụng liên tục. Kế hoạch là định hướng cho việc ra các quyết định về các hoạt động đào tạo, sắp xếp cán bộ chuyên môn cho giảng dạy hàng năm. Nó cũng được sử dụng để giám sát những gì đã xảy ra. Các hoạt động đã làm được chưa, nếu chưa thì cần làm là gì?

Bản kế hoạch 5 năm: Thường thì các bệnh viện nói riêng, các cơ sở y tế nói chung rất ngại làm kế hoạch dài hạn vì nó phức tạp, mất thời gian và cũng rất khó phê duyệt. Nhưng lại rất cần thiết có bản kế hoạch tương đối dài hạn vì cần có đủ thời gian để thay đổi những gì chúng ta muốn trong việc cải thiện, nâng cao chất lượng đội ngũ cán bộ y tế. Đào tạo để nâng cao chất lượng nhân lực diễn ra không thể nhanh chóng được, đặc biệt đào tạo những loại cán bộ có trình độ chuyên môn cao, chuyên sâu. Mặt khác nếu kế hoạch 5 năm được phê duyệt cũng rất thuận lợi cho việc xây dựng và triển khai kế hoạch hàng năm và thuận lợi cho việc bố trí ngân sách cho đào tạo liên tục của nhà nước và của ngay trong bệnh viện. Kế hoạch 5 năm cũng cần được cập nhật thường xuyên hàng năm.

6.6.2. Các nội dung của bản kế hoạch đào tạo liên tục

Kế hoạch đào tạo liên tục cũng như các bản kế hoạch khác bao giờ cũng phải trả lời 3 câu hỏi là:

- Hiện nay chúng ta đang ở đâu?
- Chúng ta mong muốn gì ở tương lai?
- Làm sao để đạt được mong muốn đó?

Như vậy nội dung của một bản kế hoạch đào tạo liên tục nhân lực y tế có nhiều cách cấu trúc khác nhau, tùy theo tình hình cụ thể nhưng nói chung bản kế hoạch phải trả lời được 3 câu hỏi trên, thông thường sẽ có các phần như sau:

(1). Phần mở đầu

Nhằm giới thiệu khái quát những gì chúng ta mong muốn ở bản kế hoạch này, như giới thiệu kế hoạch để làm gì? Ra đời trong bối cảnh nào, các giả thiết, giả định để xây dựng kế hoạch trong thời gian tới, xác định phạm vi của bản kế hoạch trong bối cảnh chung của ngành y tế nói chung và bệnh viện nói riêng. Sử dụng cập nhật bản kế hoạch, những căn cứ cho việc xây dựng kế hoạch và xác định khoảng thời gian của kế hoạch. Thực tế cho thấy về thời gian của kế hoạch đào tạo liên tục không nên quá dài mà chỉ nên từ 3-5 năm vì tình hình y tế thay đổi thường xuyên, việc đào tạo liên tục thường ngắn nên nếu đưa ra xa quá sẽ không còn chính xác. Trong tài liệu này chúng tôi chọn 5 năm vì nó phù hợp với yêu cầu của Bộ Y tế. Sau khi kế hoạch đào tạo liên tục 5 năm của bệnh viện được phê duyệt thì sẽ trích ra thành các kế hoạch hàng năm.

(2). Hiện trạng và nhu cầu đào tạo liên tục

Phần này trả lời câu hỏi hiện nay chúng ta đang ở đâu? Để trả lời được câu hỏi này các bệnh viện cần:

a) Hiện trạng tình hình nhân lực của bệnh viện: Mô tả thực trạng lực lượng lao động hiện tại của bệnh viện, xác định rõ những loại cán bộ nào cần được đào tạo liên tục, cập nhật kiến thức chuyên môn, kiến thức nghiệp vụ và quản lý của mỗi loại cán bộ y tế cũng như các loại cán bộ chuyên môn y tế và không phải chuyên môn y tế đang phục vụ trong bệnh viện.

Xác định sự phân bố của nhân lực y tế theo khoa phòng, cũng cần xác định phân bố của nhân lực theo tuổi, giới và tình hình biên chế của các bộ phận, cũng như vấn đề tài chính đáp ứng cho con người của bệnh viện.

Đánh giá năng lực cán bộ về chuyên môn nghiệp vụ để xem xét về nhu cầu đào tạo liên tục trong 5 năm tới.

b) Nhu cầu số lượng cán bộ cần được đào tạo trong 5 năm

- Dựa vào các hướng dẫn của Bộ Y tế trong Thông tư 22/2013/TTBYT về cập nhật y khoa liên tục cần xem xét nhu cầu cho các cán bộ của bệnh viện để đảm bảo trong 2 năm số cán bộ làm công tác khám chữa bệnh phải được đào tạo liên tục về chuyên môn đủ 48 tiết học; các đối tượng khác sắp xếp để được đào tạo 120 tiết học trong 5 năm. Như vậy phải đưa ra được bảng dự kiến số lượng cán bộ của bệnh viện sẽ được đào tạo trong 5 năm và phân ra từng năm.

- Những bệnh viện có nhiệm vụ chỉ đạo tuyển ngoài việc xây dựng kế hoạch đào tạo cho cán bộ của mình còn phải dự kiến số lượng cán bộ của các cơ sở y tế khác mà bệnh viện phải đào tạo trong 5 năm và từng năm.

- Một đối tượng khác là những cán bộ y tế ngoài công lập hoặc cá nhân có nhu cầu muốn được học tập để nâng cao trình độ chuyên môn.

c) Nhu cầu đào tạo nâng cao năng lực chuyên môn

Xem xét điều kiện cập nhật kiến thức, kỹ năng, thủ thuật và y đức của cán bộ y tế để xây dựng các khóa học trong việc xây dựng kế hoạch đào tạo liên tục vấn đề đánh giá hiện trạng chất lượng đội ngũ đáp ứng được nhu cầu công việc là rất quan trọng. Đặc biệt hiện nay có một số bệnh mới phát sinh như Cúm H5N1, H7N9, SARS, Tả,... dự báo khả năng dịch bệnh phát sinh trong năm tới cũng rất cần được xem xét để đưa vào kế hoạch đào tạo liên tục cập nhật kiến thức cho đội ngũ. Bên cạnh đó vấn đề về nguồn lực giảng viên, tài chính, cơ sở vật chất trang thiết bị, vật liệu dạy học cũng cần được đề cập trong bản kế hoạch.

d) Những bất cập trong việc thực hiện kế hoạch đào tạo liên tục trong những năm trước. Vấn đề việc thực hiện các kế hoạch đào tạo liên tục những năm trước để tìm ra những hạn chế, yếu kém cần khắc phục cho kỳ kế hoạch tới.

e) Lựa chọn ưu tiên: Sau một loạt vấn đề được đặt ra cho công tác ào tạo liên tục tuy nhiên do nguồn lực hạn chế nên cần lựa chọn các ưu tiên và chỉ ra các mục tiêu đào tạo liên tục nhằm cấp thiết khắc phục những yếu kém. Các nhu cầu và các lĩnh vực cần được lựa chọn ưu tiên trong từng khoảng thời gian nhất định. Ví dụ như lĩnh vực sản

khoa cần ưu tiên đưa vào 5 năm của kỳ kế hoạch này, chủ đề cấp cứu nhi được ưu tiên chủ đạo tạo ngay từ năm đầu của kế hoạch.

(3). Mục tiêu của kế hoạch

Phần này trả lời câu hỏi ta muốn gì trong tương lai? Đôi khi người ta còn gọi là Tầm nhìn của kế hoạch. Kế hoạch đào tạo liên tục cũng như các kế hoạch khác, người ta đều nhắm đến đích nào đó trong tương lai, đó chính là mục tiêu của kế hoạch.

Muốn kế hoạch thực hiện được thì việc xác định mục tiêu các chỉ tiêu cho cuối kỳ kế hoạch 5 năm chúng ta cần quan tâm các nội dung sau:

a) Sau khi xem xét nhu cầu về số lượng và các chủ đề cần đào tạo liên tục đã đề cập ở phần trên, sau đó các vấn đề khác cần được cân nhắc là:

b) Các cơ sở đào tạo liên tục để thực hiện mục tiêu kế hoạch, cụ thể cần xem xét chương trình đào tạo và thời gian đào tạo cho từng đối tượng cán bộ y tế cũng như phương thức tuyển sinh; cân đối cán bộ đi học và đảm bảo công việc chuyên môn hàng ngày của bệnh viện, khả năng đào tạo liên tục hiện nay, có thể phân chia ra 2 loại:

- Các lớp học do bệnh viện tự tổ chức đào tạo: chương trình, tài liệu, giảng viên, cơ sở vật chất trang thiết bị, bệnh phòng,... để có thể có lớp học do bệnh viện tự tổ chức hoặc liên kết tổ chức theo nhu cầu của bệnh viện.

- Bệnh viện cử cán bộ đến các cơ sở đào tạo liên tục có uy tín khác ở trong nước và ngoài nước để đào tạo theo nhu cầu của bệnh viện.

c) Nguồn lực cho bản kế hoạch đào tạo liên tục: Chi phí cho toàn bộ lĩnh vực cho việc đào tạo liên tục cần đặt trong tương quan chung của bệnh viện để cân đối kế hoạch tài chính và các nguồn lực khác của bệnh viện.

Một bản kế hoạch đào tạo liên tục tốt nhưng không cân đối được tài chính sẽ là không khả thi. Vì vậy chúng ta cần xem xét khả năng tài chính và dự báo khả năng tài chính do các nguồn cung cấp cho đào tạo liên tục trong 5 năm tới.

d) Rút kinh nghiệm được đánh giá việc thực hiện kế hoạch đào tạo trong những năm trước để xây dựng mục tiêu cho 5 năm tới

e) Sau khi cân nhắc các yếu tố trên chúng ta sẽ đưa ra các mục tiêu cho 5 năm tới cụ thể như sau:

- Sẽ có bao nhiêu cán bộ của bệnh viện được đào tạo liên tục trong 5 năm tới và phân chia cho từng năm, phân theo trình độ chuyên môn và các khoa phòng.

- Các chủ đề đào tạo (hay còn gọi là các khóa học) trong 5 năm tới sẽ được tổ chức đào tạo, mỗi năm có bao nhiêu chủ đề được đào tạo

- Các bệnh viện có nhiệm vụ chỉ đạo tuyển lại cần phải tính toán để đưa ra các chỉ tiêu về số lượng, các chủ đề cần đào tạo cho các bệnh viện tuyển dưới của mình trong 5 năm và chia ra từng năm.

f) Sau khi xây dựng được mục tiêu cho kế hoạch 5 năm, Chúng ta sẽ đặt ra các chỉ tiêu cho mỗi năm của kế hoạch 5 năm.

Lưu ý:

- Việc xác định mục tiêu và các chỉ số cũng cần căn cứ vào chủ trương chung của nhà nước, cũng như xác định các loại hình, trình độ chuyên môn của mỗi loại cán bộ y tế mà bệnh viện cần tổ chức cho đào tạo vào cuối kỳ kế hoạch

- Cách viết mục tiêu dựa theo SMART hay RUMBA đã được nghiên cứu trong chương trình sư phạm y học cơ bản của Bộ Y tế)

(4). Giải pháp thực hiện kế hoạch

Trong các giải pháp thực hiện kế hoạch đào tạo liên tục cần nêu rõ các nguồn lực cho triển khai thực hiện kế hoạch bao gồm:

- Nguồn nhân lực: bao gồm đội ngũ quản lý tổ chức thực hiện, đội ngũ giảng viên trợ giảng.

- Nguồn lực về tài chính: Nêu rõ tổng chi phí để thực hiện kế hoạch, trong đó cần chỉ rõ nguồn từ học phí của người học, ngân sách nhà nước, ngân sách của bệnh viện và các nguồn thu khác.

- Nguồn lực về cơ sở vật chất trang thiết bị, hóa chất vật tư cho đào tạo liên tục, các khoa Lâm sàng và cận lâm sàng phục vụ cho đào tạo liên tục.

- Trách nhiệm triển khai chi tiết, đầu mỗi thực hiện kế hoạch.

- Công tác kiểm tra giám sát, điều chỉnh kế hoạch hàng năm.

6.7. Nội dung hoạt động về đào tạo liên tục trong 1 năm

Kế hoạch 5 năm của các bệnh viện sẽ được phê duyệt của cấp có thẩm quyền quy định tại Điều 12 của thông tư 22/2013/TT-BYT. Sau đó các bệnh viện sẽ có kế hoạch hàng năm. Kế hoạch hàng năm là trích từ kế hoạch 5 năm đã được phê duyệt.

Kế hoạch hàng năm tương tự như kế hoạch 5 năm nhưng đòi hỏi cụ thể hơn về số lượng người học, số lớp học, nội dung của mỗi lớp, địa điểm tổ chức, kinh phí, vật tư trang thiết bị, giảng viên và công tác quản lý.

Một bản kế hoạch đào tạo liên tục có các nội dung sau đây:

(1). Số lớp học theo từng chủ đề các khóa đào tạo.

(2). Số lượng học viên của mỗi khóa và thời gian khóa học.

(3). Kinh phí, vật tư trang thiết bị:

- Bao nhiêu? nguồn kinh phí từ đâu: học viên đóng góp học phí? kinh phí của tỉnh, Kinh phí từ chương trình dự án y tế? viện trợ, tài trợ?

- Các trang thiết bị, vật tư, hóa chất, khoa lâm sàng, ...

(4). Địa điểm triển khai

- Tổ chức tại bệnh viện

- Gửi đào tạo ở đơn vị đào tạo liên tục khác (BV khác, trường y tế, ...)

(5). Đơn vị/ người đầu mối tổ chức triển khai

(6). Thực hiện kế hoạch đào tạo liên tục

Sau khi đã chuẩn bị xong bản kế hoạch của bệnh viện chúng ta còn phải tiến hành các công việc khác nữa để kế hoạch được thực hiện là:

* Thảo luận để thống nhất bản kế hoạch

Kế hoạch đào tạo liên tục là khung để kiểm tra các hoạt động của các bộ phận trong bệnh viện vì vậy nó phải được sự chấp thuận của họ. Bản kế hoạch có sự tham gia của các đơn vị liên quan như phòng tài chính, Kế hoạch - tổng hợp và được phê duyệt của cấp có thẩm quyền.

* Thông báo về kế hoạch nhân lực

- Khi bản kế hoạch 5 năm được phê duyệt của cấp có thẩm quyền, bản kế hoạch đó cần được nhân bản để tổ chức việc triển khai thực hiện.

- Đơn vị phụ trách đào tạo liên tục căn cứ vào kế hoạch 5 năm để xây dựng kế hoạch đào tạo liên tục hàng năm của bệnh viện

- Thông báo kế hoạch 5 năm và kế hoạch hàng năm cho các bộ phận liên quan việc thông báo cần thiết để mọi người biết rằng chúng ta đang trông chờ gì trong 5 năm tới và cung cấp thông tin về mục tiêu ngắn hạn để theo dõi, giám sát.

* Giám sát thực hiện công tác đào tạo liên tục

Trong năm, cần giám sát số lượng được đào tạo liên tục và so sánh với các chỉ tiêu đã ghi trong kế hoạch theo từng loại hình nhân lực y tế của bệnh viện. So sánh hàng quý để biết sự tiến triển của việc thực hiện kế hoạch. Giám sát giúp chỉ ra chỗ khó khăn, yếu kém để tìm giải pháp khắc phục. Nếu số lượng ít hơn đã ghi trong kế hoạch nghĩa là không có khả năng thực thi kế hoạch trong tương lai, khi đó cần tìm cách điều chỉnh kế hoạch. Nếu đánh giá thực hiện kế hoạch đào tạo liên tục mà thành công trong việc nâng cao chất lượng nguồn nhân lực của bệnh viện thì kế hoạch này tốt cần tiếp tục trong những năm tới, còn nếu không cải thiện đáng kể chất lượng thì hoạt động đào tạo liên tục cần được xác định là ưu tiên hơn nữa cho những năm tiếp theo.

*** Cập nhật kế hoạch hàng năm**

Bản kế hoạch chúng ta xây dựng cho 5 năm ví dụ 2015-2020 như vậy trong năm 2014 phải chuẩn bị cho xây dựng kế hoạch 2015-2020. Đến 2015 chúng ta sẽ cập nhật kế hoạch này cho 2016-2021 như vậy chúng ta luôn có kế hoạch cho 5 năm tới. Quy trình cập nhật có vẻ như rất nhiều việc, tuy nhiên một khi đã có kế hoạch 5 năm thì sẽ dễ dàng hơn để cập nhật, điều chỉnh kế hoạch so với bản đầu tiên. Chúng ta cần giám sát tất cả các loại thay đổi để đưa vào khi cập nhật, điều chỉnh kế hoạch, ví dụ như bệnh tật mới xuất hiện (như cúm AH7N9) thì cần đưa nội dung này vào kế hoạch.

*** Kế hoạch triển khai một khóa học**

Sau khi kế hoạch hàng năm được phê duyệt, cần xây dựng kế hoạch triển khai từng khóa học, lớp học. Kế hoạch triển khai một khóa học là bảng ghi các nội dung cụ thể, chi tiết. Căn cứ vào kế hoạch năm đã được duyệt, cán bộ quản lý đào tạo liên tục xây dựng kế hoạch triển khai. Một bản kế hoạch đào tạo liên tục cho một khóa học có các nội dung sau đây:

- Tên khóa học
- Mục tiêu khóa học
- Số lượng và đối tượng học viên
- Thời gian mở lớp: ghi rõ bao nhiêu ngày, từ ngày tháng nào đến ngày tháng nào? Bố trí học liên tục hay từng đợt
- Địa điểm: lớp học ở đâu, học lý thuyết ở hội trường nào, thực hành ở bệnh viện, khoa phòng nào, ...
- Chương trình/ thời khóa biểu của lớp học có ghi kèm tên giảng viên

- Các tài liệu giảng dạy chính, tài liệu tham khảo, tài liệu phát tay và tài liệu cho giảng viên (nếu có)
 - Giảng viên: yêu cầu ghi rõ tên giảng viên, trợ giảng
 - Cán bộ tổ chức/phụ trách lớp học
 - Yêu cầu chứng chỉ: số lượng, do ai cấp: Bộ Y tế, bệnh viện, Sở Y tế, ...
 - Kinh phí: bao nhiêu, từ nguồn nào?
 - Điều kiện hậu cần cho lớp học: Hội trường, trang thiết bị, học liệu, những khóa học lâm sàng cần chỉ rõ khoa nào, buồng bệnh nào và loại bệnh nào cần chuẩn bị, điều kiện ăn ở, đi lại của học viên, giảng viên
 - Dự toán kinh phí chi tiết để trình phê duyệt
 - Các phụ lục đính kèm như: Công văn triệu tập, chương trình và lịch dạy-học chi tiết, tài liệu, trang thiết bị và vật tư phục vụ cho khóa học

BỘ/SỞ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Bệnh viện:

Độc lập - Tự do- Hạnh phúc

....., ngày tháng năm 201...

KẾ HOẠCH MỞ LỚP ĐÀO TẠO LIÊN TỤC

1. Tên khóa học:
2. Mục tiêu khóa học:
3. Số lượng và đối tượng học viên:
4. Thời gian mở lớp:
5. Chương trình:
6. Tài liệu:
7. Tên giảng viên và trợ giảng:
8. Tên cán bộ phụ trách lớp học:
9. Chứng chỉ (ai cấp)
10. Kinh phí: (bao nhiêu, nguồn nào)
11. Điều kiện phục vụ: Hội trường, trang thiết bị, học liệu, bệnh nhân, chỗ ở cho học viên, ...
12. Phụ lục đính kèm
 - Công văn triệu tập học viên
 - Chương trình và lịch dạy-học chi tiết (đính kèm)
 - Tài liệu (cho học viên. Tài liệu phát tay, tài liệu giảng viên (nếu có)
 - Danh mục trang thiết bị và vật tư phục vụ cho khóa học
 - Dự toán kinh phí chi tiết

Người lập kế hoạch

Thủ trưởng đơn vị phê duyệt

2. Tổ chức thực hiện khóa đào tạo liên tục tại bệnh viện

Đào tạo liên tục đóng một vai trò quan trọng trong việc duy trì và phát triển năng lực của cán bộ y tế nhằm nâng cao chất lượng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, đáp ứng nhu cầu và yêu cầu ngày càng tăng của xã hội nhất là trong thời đại bùng nổ thông tin như ngày nay. Để triển khai đào tạo có hiệu quả, sau khi đã khảo sát thực trạng và xác định được nguyên nhân của việc cung cấp dịch vụ chưa tốt là do cán bộ y tế thiếu hụt kiến thức hoặc thực hành chưa chuẩn mực thì lập kế hoạch đào tạo là bước kế tiếp cơ sở đào tạo liên tục cần tiến hành. Một kế hoạch đào tạo cụ thể, khả thi sẽ tạo thuận lợi cho việc tổ chức thực hiện đào tạo và quyết định sự thành công của khóa đào tạo.

2.1. Các bước lập kế hoạch cho một khóa đào tạo liên tục

Để tiến hành lập kế hoạch cho một khóa đào tạo người ta thường đặt ra các câu hỏi, câu trả lời cho mỗi câu hỏi tương ứng với mỗi bước của quá trình lập kế hoạch.

STT	Câu hỏi	Bước lập kế hoạch
1	Thực tế có vấn đề gì về kiến thức, thái độ và kỹ năng của cán bộ y tế làm ảnh hưởng đến chất lượng cung cấp dịch vụ cần phải đào tạo?	Xác định chủ đề đào tạo (Tiêu đề khóa học)
2	Đối tượng đào tạo là ai?	Lựa chọn học viên
3	Họ sẽ làm được gì sau khóa đào tạo	Xác định mục tiêu khóa đào
4	Họ sẽ được đào tạo những gì?	Xây dựng nội dung khóa đào tạo
5	Họ sẽ được đào tạo bằng cách nào?	Chọn lựa phương pháp đào tạo thích hợp
6	Cần có những phương tiện, công cụ, tài liệu hỗ trợ gì?	Chuẩn bị phương tiện, công cụ, tài liệu cho đào tạo
7	Khóa đào tạo sẽ được tổ chức ở đâu và khi nào	Quyết định địa điểm và thời gian tiến hành đào tạo
8	Kết quả của khóa học ra sao?	Chọn lựa phương pháp và nội dung đánh giá
9	Ai sẽ là giảng viên?	Chọn lựa giảng viên thích hợp

10	Kinh phí lấy từ đâu?	Dự toán kinh phí và xác định nguồn
11	Làm thế nào để đảm bảo sau khóa đào tạo học viên sẽ áp dụng được các kiến thức và kỹ năng mới sau khi kết thúc khóa đào tạo	Xây dựng kế hoạch giám sát sau đào tạo

2.1.1. Xác định chủ đề đào tạo/tiêu đề khóa học

Chủ đề/tiêu đề khóa đào tạo liên tục thường xuất phát từ lượng giá nhu cầu đào tạo (LGNC). Dựa vào những thiếu hụt về kiến thức/thái độ/kỹ năng thu được qua khảo sát việc thực hiện nhiệm vụ của cán bộ y tế để xác định chủ đề/tiêu đề khóa đào tạo. Những nhiệm vụ này có thể là những nhiệm vụ họ vẫn làm hàng ngày nhưng chưa chuẩn mực theo quy định hoặc những nhiệm vụ mới cần họ đảm nhiệm trong tương lai do nhu cầu thực tế đòi hỏi. Chủ đề thường được viết ngắn gọn, cụ thể.

Một số thí dụ về chủ đề/tiêu đề của khóa đào tạo liên tục:

- Đặt dụng cụ tử cung
- Dự phòng và xử trí một số bệnh truyền nhiễm mới nổi
- Phẫu thuật nội soi ổ bụng
- Quản lý bệnh phổi mạn tính tại cộng đồng
- Nhiễm khuẩn bệnh viện
- Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con

2.1.2. Lựa chọn học viên

Học viên của các khóa đào tạo liên tục có thể là bác sĩ, dược sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên, cán bộ quản lý, nhân viên hành chính, kỹ sư hoặc nhân viên bảo dưỡng thiết bị y tế, nhân viên tạp vụ. Chọn lựa học viên phù hợp sẽ tạo nên sự thành công của khóa học. Tuy nhiên khi tuyển chọn học viên cho các khóa đào tạo liên tục thường gặp phải một số vấn đề như:

- Có quá nhiều học viên hoặc quá ít học viên đăng ký
- Họ muốn đến học nhưng không có đủ những kiến thức hoặc kỹ năng cần thiết
- Có thể có học viên không thể theo học đủ lịch trình của khóa học do bận công

việc

- Các học viên đăng ký có chuyên môn khác nhau do vậy khi đào tạo có thể nội dung sẽ thích hợp với một số người này nhưng lại không thích hợp với một số người khác

- Có thể có học viên sau khóa đào tạo lại chuyển sang công tác khác

Để tránh các vấn đề trên, trước khóa đào tạo ban tổ chức cần đưa ra các tiêu chí lựa chọn học viên bằng văn bản gửi về các cơ sở y tế. Những tiêu chí lựa chọn là:

- Năng lực và thời gian công tác cần có ở lĩnh vực sẽ được đào tạo.

Thí dụ tiêu chí lựa chọn học viên cho khóa đào tạo về mổ nội soi là bác sĩ ngoại khoa đã có tối thiểu 3 năm kinh nghiệm về mổ mở.

- Học viên phải đảm bảo tham dự được toàn bộ khóa đào tạo

- Học viên phải đảm bảo tiếp tục thực hành trong lĩnh vực được đào tạo

- Có sở gửi học viên đi đào tạo phải đảm bảo có đủ điều kiện để học viên có thể thực hiện được kỹ năng mới sau đào tạo

Số lượng học viên cho mỗi khóa đào tạo liên tục thường phụ thuộc vào mục tiêu khóa đào tạo và khả năng cung cấp các phương tiện thực hành của cơ sở đào tạo

2.1.3. Xác định mục đích và mục tiêu khóa đào tạo

(1). *Mục đích hay mục tiêu khái quát của khóa đào tạo* là những mong muốn học viên có thể đạt được vào cuối khóa. Mục đích thường rộng và không cụ thể. Thí dụ mục đích của khóa đào tạo phương pháp sơ phạm cho giảng viên của các khóa đào tạo liên tục là tăng cường kiến thức và kỹ năng dạy học cơ bản cho học viên.

(2). *Mục tiêu khóa đào tạo là những nhiệm vụ cụ thể* mà học viên cần đạt được sau khóa đào tạo về kiến thức, thái độ và kỹ năng. Mục tiêu khóa đào tạo được xác định dựa vào kết quả LGNC. Khác với mục đích, mục tiêu cần được viết một cách cụ thể, chính xác, đo lường được, quan sát được, thực hiện được và phải sát hợp với nhu cầu của học viên.

- Thí dụ về mục tiêu kiến thức: Trình bày được ưu điểm, nhược điểm của các biện pháp tránh thai tạm thời

- Thí dụ về mục tiêu thái độ: Thể hiện sự tôn trọng khách hàng bằng cách lắng nghe nguyện vọng và giải thích cặn kẽ cho khách hàng về ưu nhược điểm của các biện pháp tránh thai

- Thí dụ về mục tiêu kỹ năng: Tư vấn để khách hàng tự nguyện chấp nhận một biện pháp tránh thai thích hợp.

2.1.4. Chọn lựa nội dung khóa đào tạo

Nội dung được xác định dựa vào mục tiêu của khóa đào tạo. Nội dung đào tạo có thể thuộc lĩnh vực kiến thức, thái độ hoặc kỹ năng và dựa vào nội dung để quyết định thời lượng cần có cho khóa đào tạo cũng như thời lượng cho từng nội dung.

2.1.5. Chọn lựa phương pháp đào tạo:

Phương pháp đào tạo được chọn lựa dựa trên các nguyên tắc sau đây:

- Tạo cơ hội tối đa để học viên tham gia tích cực vào việc học như được trao đổi thảo luận chia sẻ kinh nghiệm với giảng viên và đồng nghiệp, được áp dụng các kiến thức đã học để giải quyết các vấn đề của thực tế ngay trong thời gian tham gia khóa đào tạo...

- Đa dạng phương pháp dạy-học để gây hứng thú và phù hợp với các phong cách học tập khác nhau của học viên.

- Kết hợp giữa học kiến thức với thực hành kỹ năng, cùng lúc tác động vào nhiều giác quan để tăng khả năng ghi nhớ

- Phù hợp với điều kiện về cơ sở và phương tiện dạy-học hiện có của bệnh viện

2.1.6. Chuẩn bị phương tiện, công cụ, tài liệu và vật liệu cho đào tạo:

Các phương tiện, công cụ, tài liệu và vật liệu có thể có sẵn, có thể chính giảng viên phải chuẩn bị cho phù hợp với nội dung đào tạo nhằm làm cho việc học của học viên thuận lợi hơn và hiệu quả hơn.

(1). *Phương tiện và công cụ*: Có hai loại phương tiện và công cụ cần chuẩn bị đó là:

- Phương tiện và công cụ sử dụng cho phương pháp dạy học như bảng/phấn, bảng/bút, bảng lật, máy tính, máy chiếu, đầu video, giấy A0, giấy A4 các màu, dao, kéo, băng dính...

- Phương tiện và công cụ sử dụng cho đào tạo chuyên môn như dụng cụ phẫu thuật, mô hình, băng, bông, máy siêu âm, ...

(2). *Tài liệu*: Có thể chọn lựa các tài liệu đã được xuất bản/trên mạng/tài liệu phát tay do giảng viên soạn/các bài giảng của giảng viên dưới dạng powerpoint.

(3). *Vật liệu*: Vật liệu là các tình huống lâm sàng được giảng viên chọn lựa từ thực tế và biên soạn lại cho phù hợp mục tiêu và nội dung đào tạo, các kịch bản dùng cho đóng vai, các bảng kiểm/quy trình kỹ thuật, các băng ghi hình mô tả cách tiến hành các thủ thuật/kỹ thuật...

2.1.7. Chọn địa điểm và thời gian tổ chức khóa đào tạo

(1). *Địa điểm đào tạo*: Các khóa đào tạo liên tục thường được tổ chức ngay tại bệnh viện do vậy các cơ quan quản lý cần khảo sát các điều kiện về cơ sở vật chất phục vụ đào tạo trước khi cho phép bệnh viện tham gia đào tạo liên tục nhằm đảm bảo chất lượng đào tạo. Tuy nhiên điều quan trọng cần lưu ý đó là một cơ sở như thế nào thì đủ tiêu chuẩn để trở thành một cơ sở đào tạo lâm sàng:

- Đa dạng về thể loại bệnh và có đủ bệnh nhân hoặc khách hàng liên quan đến chủ đề và nội dung đào tạo
- Cơ sở đào tạo cần có đủ trang thiết bị, thuốc và các phương tiện phục vụ cho đào tạo
- Nhân viên sẵn sàng tiếp nhận và tham gia vào khóa đào tạo, thường xuyên cập nhật kiến thức và kỹ năng, đang áp dụng các quy trình kỹ thuật được sử dụng trong khóa đào tạo để cung cấp các dịch vụ cho bệnh nhân/khách hàng và thực hiện đúng quy trình phòng chống nhiễm khuẩn
- Việc tiến hành khóa đào tạo tại bệnh viện sẽ không làm ảnh hưởng đến các hoạt động cung cấp dịch vụ hàng ngày của bệnh viện do phải chia sẻ nguồn lực cho khóa đào tạo

(2). *Thời gian tiến hành đào tạo*: Nên chọn thời gian dựa trên các nguyên tắc sau đây:

- Có một lượng bệnh nhân hoặc khách hàng đủ cho đào tạo, không quá nhiều và cũng không quá ít
- Tránh những thời điểm bệnh viện có những hoạt động bận rộn như tổng kết cuối năm, hội nghị, kiểm tra hoặc đang tiến hành một khóa đào tạo khác

Bản kế hoạch cần xác định rõ thời gian bắt đầu, thời gian kết thúc khóa đào tạo.

2.1.8. Chọn lựa phương pháp đánh giá

- Lượng giá học viên: Ngay từ khi lập kế hoạch đào tạo đã phải xác định phương pháp, nội dung lượng giá học viên và phát triển công cụ lượng giá trước, trong

và cuối khóa đào tạo. Các phương pháp và công cụ lượng giá học viên cần đảm bảo kiểm định được mục tiêu, đảm bảo tính chính xác, khách quan và công bằng. Trên cơ sở kết quả lượng giá, cơ sở đào tạo có thể cấp chứng chỉ cho học viên.

- Đánh giá khóa đào tạo: Đánh giá khóa là đánh giá toàn bộ các khâu cũng như các thành phần tham gia vào khóa đào tạo. Kết quả đánh giá sẽ giúp cho cơ sở đào tạo rút ra được những kinh nghiệm để điều chỉnh kịp thời cho các khóa đào tạo tiếp theo.

2.1.9. Chọn lựa giảng viên:

(1). Tiêu chí chọn lựa giảng viên

- Là những người có kinh nghiệm về chủ đề đào tạo
- Là những người có kinh nghiệm sử dụng các phương pháp đào tạo kích lệ sự tham gia tích cực của học viên mà người lập kế hoạch đã lựa chọn
- Là những người có khả năng làm việc nhóm với đồng nghiệp và với học viên
- Là những người nhất trí với kế hoạch đào tạo do bệnh viện đề xuất kể cả nội dung, phương pháp và thời gian biểu

(2). Số lượng giảng viên: Nên chọn một nhóm giảng viên đa dạng cả về giới, nền tảng văn hóa và trình độ chuyên môn. Nhóm giảng viên đa dạng sẽ có thể hỗ trợ nhau về chuyên môn, tạo ra sự đa dạng về phong cách đào tạo do vậy có thể phù hợp với kinh nghiệm chuyên môn cũng như các phong cách học tập khác nhau của học viên.

(10). Dự toán kinh phí và tìm nguồn tài trợ

Sau khi tìm được nhà tài trợ thì cơ sở đào tạo cần dự toán kinh phí cho khóa đào tạo. Khi dự toán kinh phí cần lưu ý đến các quy định về mức chi cũng như các khoản mục được chi theo quy định của từng nhà/đơn vị tài trợ.

(11). Xác định phương pháp giám sát sau đào tạo

Mục đích của giám sát sau đào tạo là để hỗ trợ học viên áp dụng được những kiến thức và kỹ năng mới thu nhận được từ khóa đào tạo. Do vậy ngay từ khi lập kế hoạch khóa đào tạo thì cơ sở đào tạo đã phải xây dựng được kế hoạch giám sát sau đào tạo. Kinh phí tổ chức khóa đào tạo phải bao gồm cả kinh phí giám sát sau đào tạo. Giám sát sau đào tạo thường được tiến hành 3 đến 6 tháng sau khi kết thúc khóa đào tạo.

2.2. Phát triển chương trình đào tạo, thời khóa biểu và thử nghiệm chương trình đào tạo

2.2.1. Các cấu phần của chương trình: Chương trình của một khóa đào tạo gồm 6 cấu phần sau:

- Tiêu đề khóa đào tạo
- Mục đích và mục tiêu đào tạo
- Nội dung và phân bố thời lượng cho từng nội dung
- Phương pháp dạy – học cho từng nội dung
- Hoạt động của học viên trong từng nội dung
- Lượng giá học viên

2.2.2. Một ví dụ về chương trình của một khóa đào tạo liên tục

Tiêu đề khóa đào tạo: Dạy-học tích cực

Đối tượng: Giảng viên đào tạo liên tục của Viện Vệ sinh dịch tễ trung ương

Mục đích (Mục tiêu chung): Cung cấp cho học viên những kiến thức và kỹ năng cơ bản về dạy-học tích cực trong đào tạo liên tục

Mục tiêu cụ thể: Sau khóa học, học viên có khả năng

Mục tiêu kiến thức

1. Trình bày được các đặc điểm của người lớn đi học
2. Phân tích được ba nguyên tắc dạy-học người lớn và 4 đặc điểm của phương pháp dạy-học tích cực
3. Trình bày được tầm quan trọng, các thành phần và phẩm chất của mục tiêu chuyên biệt
4. Trình bày được ưu điểm, nhược điểm và ứng dụng của 4 phương pháp dạy-học tích cực thường dùng trong đào tạo y khoa hiện nay ở nước ta
5. Nêu được các phẩm chất cần có của bộ công cụ lượng giá và ưu điểm, nhược điểm của một số phương pháp lượng giá kiến thức, thái độ, kỹ năng thường dùng hiện nay

6. Trình bày được các thành phần của một kế hoạch dạy - học

Mục tiêu kỹ năng

7. Viết được mục tiêu chuyên biệt cho một bài giảng
8. Thực hiện được một số kỹ năng hỗ trợ học viên học tập

9. Viết được 1 ví dụ cho mỗi trong số 4 loại test trắc nghiệm lượng giá kiến thức (Ngỏ-ngắn, đúng/sai, chọn lựa, câu hỏi tình huống)

Nội dung, thời lượng và lịch giảng (ví dụ ngày đầu và ngày cuối)

Thời gian	Nội dung và người chịu trách nhiệm	Phương pháp dạy học	Hoạt động của học viên
8:30 – 8:40 (Thứ Ba 12/1)	Khai mạc (Lãnh đạo Viện, Ban tổ chức)		
8:40 – 9:30	Giới thiệu học viên Giới thiệu mục tiêu, nội dung khóa học Nội quy khóa học Ôn bài, khởi động, phản ánh	Thuyết trình ngắn kết hợp bài tập giới thiệu HV	HV nghe và cho ý kiến Thực hiện bài tập giới thiệu
9:30 – 10:15	Đặc điểm người lớn đi học và nguyên tắc dạy người lớn	Thuyết trình ngắn kết hợp thảo luận nhóm nhỏ	Nghe ghi, thảo luận trong nhóm, trình bày kết quả TLN
10:15 – 10:30	Nghỉ giải lao		
10:30 – 12:00	Khái quát về dạy-học tích cực	Thuyết trình ngắn kết hợp thảo luận nhóm lớn	Nghe ghi, thảo luận chung tại lớp
12:00 – 13:30	Nghỉ trưa		

13:30 – 13:40	Khởi động (Nhóm HV trực nhật)	Trò chơi	Nghe hướng dẫn, thực hiện bài tập/trò chơi
13:40 – 15:15	Dạy-học theo mục tiêu	Thuyết trình ngắn	Nghe ghi Thực hiện các bài tập Làm bài tập viết MTHT
15:15 – 15:30	Nghỉ giải lao		
15:30 – 16:50	Dạy-học theo mục tiêu (Tiếp)	Thuyết trình ngắn	Làm bài tập viết MTHT Nghe ghi Thực hiện các bài tập
16:50 – 17:00	Phản ánh (Nhóm HV trực nhật)	Sử dụng các thẻ màu (Hồng, xanh, vàng)	Ghi ý kiến phản hồi vào thẻ màu
8:30 – 8:40 (Thứ Tư 13/1)	Ôn bài (Nhóm HV trực nhật)	Sử dụng trò chơi kết hợp ôn bài	Nghe, động não và trả lời câu hỏi kết hợp với trò chơi
... ... 8:30 – 8:40 (Thứ Bảy 16/1)	Ôn bài (Nhóm HV trực nhật)	Kết hợp ôn bài với trò chơi	Nghe, động não và trả lời các câu hỏi
8:40 – 10:15	Thực hành viết 4 loại test lượng giá kiến thức		Bài tập cá nhân/nhóm

			Làm bài tập và trình bày bài tập
10:15 – 10:30	Nghỉ giải lao		
10:30 – 12:00	Thực hành viết 4 loại test (Tiếp)	Bài tập cá nhân/nhóm	Làm bài tập và trình bày bài tập
12:00 – 13:30	Nghỉ trưa		
13:30 – 13:40	Khởi động	Trò chơi	Thực hiện trò chơi
13:40	Soạn kế hoạch dạy- học	Thuyết trình	Nghe ghi
15:15	Bài tập bình luận một KHDH có sẵn		Động não và cho ý kiến nhận xét về KHDH có sẵn
15:15 – 15:30	Nghỉ giải lao		
15:30 – 16:30	Soạn KHDH (Tiếp)	Thuyết trình Bài tập bình luận một KHDH có sẵn	Nghe ghi Động não và cho ý kiến nhận xét về KHD có sẵn
16:30 – 17:30	Thi cuối khóa Tổng kết (HV, GV, Ban tổ chức)	Bài thi bằng test trắc nghiệm Phiếu đánh giá khóa học	Làm bài thi Điền phiếu đánh giá khóa học

Thông thường sau khi thiết kế chương trình, trước khi mở rộng quy mô đào tạo (Mở nhiều khóa) thì cần tiến hành đào tạo thử nghiệm chương trình với một số lượng học viên hạn chế. Tổ chức đào tạo thử nghiệm để thử nghiệm tất cả các khâu của quá trình đào tạo từ tiêu chuẩn chọn lựa học viên, chọn lựa giảng viên, mục tiêu đào tạo, nội dung và thời lượng ấn định cho từng nội dung, phương pháp đào tạo, tài liệu/vật

liệu/phương tiện sử dụng cho đào tạo, phương pháp đánh giá cho đến việc tổ chức khóa học.

Trong khóa đào tạo thử nghiệm cần có một thư ký theo dõi liên tục, ghi lại đầy đủ và chi tiết diễn biến của khóa đào tạo, thời lượng thực tế của từng nội dung, những vấn đề nảy sinh và cách giải quyết trong quá trình tiến hành khóa đào tạo. Kết thúc khóa đào tạo thử nghiệm cần lấy ý kiến phản hồi của học viên, giảng viên, quan sát viên và những người tổ chức sau đó tổ chức rút kinh nghiệm và điều chỉnh những vấn đề chưa phù hợp.

2.3. Các bước triển khai một khóa đào tạo liên tục tại bệnh viện

2.3.1. Chuẩn bị nguồn lực

(1). Địa điểm dạy-học

- Phòng dạy lý thuyết cần đảm bảo các điều kiện sau đây:
 - + Diện tích phù hợp với số lượng học viên, đủ chỗ để xếp bàn học theo hình chữ U/V/xếp bàn tròn theo nhóm, có chỗ cho các nhóm làm việc, có chỗ để thực hiện trò chơi, ôn bài và khởi động

- + Có các ổ cắm điện thuận tiện cho việc sử dụng các phương tiện dạy - học, có chỗ để treo hoặc dán tranh minh họa hoặc các sản phẩm làm việc của các nhóm

- + Có đủ các phương tiện dạy – học như bảng, bảng lật, máy tính, máy chiếu...

- + Đủ sáng, thoáng và yên tĩnh

- Phòng dạy thực hành: Tùy thuộc nội dung thực hành mà bố trí phòng thích hợp:

- + Dạy thái độ hoặc kỹ năng giao tiếp: Đủ diện tích để xếp bàn ghế cho nhóm học viên tham gia đóng vai và sắp xếp chỗ ngồi cho các học viên làm nhiệm vụ quan sát sao cho họ có thể nghe rõ những điều nhóm đóng vai nói và nhìn rõ các cử chỉ/động tác nhóm đóng vai thực hiện. Nếu trong phòng dạy có hệ thống camera để ghi lại lời nói/cử chỉ của người tham gia đóng vai giúp cho việc thảo luận rút kinh nghiệm sau đóng vai thì hiệu quả dạy – học sẽ tốt hơn nhiều.

- + Dạy thủ thuật/kỹ năng thao tác: Đủ diện tích và phương tiện để thủ thuật tiến hành thuận lợi, an toàn, đảm bảo đúng quy định chống nhiễm khuẩn, đủ chỗ để học viên quan sát rõ diễn biến khi thực hiện thủ thuật/kỹ năng. Trong một số trường hợp thủ thuật cần tiến hành trong điều kiện vô khuẩn không cho phép học viên quan sát

trực tiếp thì cần có hệ thống truyền hình ảnh và lời nói của giảng viên ra một phòng khác nơi có học viên theo dõi.

+ Dạy lâm sàng trên bệnh nhân: Dạy lâm sàng trên bệnh nhân cần được tiến hành trong một phòng riêng, không nên dạy cho học viên trong phòng bệnh có vì sẽ ảnh hưởng đến các bệnh nhân khác. Phòng dạy lâm sàng cần có đủ diện tích cho bệnh nhân nằm/ngồi, cho học viên quan sát được các động tác thăm khám của giảng viên hoặc bạn học.

(2). Tài liệu, vật liệu dạy – học, phương tiện và văn phòng phẩm

- Tài liệu: Sách, tài liệu phát tay

- Vật liệu: Tình huống, kịch bản đóng vai, tranh - ảnh minh họa, băng video/đĩa CD, công cụ lượng giá trước - trong và cuối khóa, các mẫu phiếu đánh giá khóa đào tạo...

- Phương tiện và văn phòng phẩm: Bảng/phấn, bảng trắng/bút, bảng lật, máy tính, máy chiếu, giấy A0, giấy A4 các màu, giấy trắng A4, băng dính, dao, kéo, bút viết giấy A0/A4.

(3). Học viên:

- Thông báo về khóa đào tạo đăng trên trang Web của bệnh viện và gửi về các cơ sở y tế (3 tháng trước khóa đào tạo) bao gồm các thông tin:

Chủ đề, thời gian bắt đầu, thời gian kết thúc, địa điểm học, số lượng học viên, tiêu chuẩn lựa chọn học viên, học phí/quyền lợi của học viên, thời hạn đăng ký học.

- Gửi thư mời đích danh những học viên được lựa chọn trong đó ghi rõ thời gian và địa điểm tập trung, những tài liệu cần mang theo, điều kiện sinh hoạt, tên và địa chỉ/số điện thoại của người tổ chức để liên lạc (2 tuần đến 1 tháng trước khóa học).

(4). Giảng viên:

- Chọn lựa giảng viên và gửi thư mời giảng viên (2 tuần đến 1 tháng trước khóa học). Trong thư mời cần ghi rõ nội dung mời dạy, trách nhiệm và quyền lợi.

- Giảng viên có thể là cán bộ của bệnh viện, có thể là người ngoài bệnh viện.

- Số lượng giảng viên: Mỗi nội dung nên có một giảng viên chính và một người trợ giảng để hỗ trợ cho giảng viên chính đồng thời cùng theo dõi khi học viên làm việc nhóm.

- Tổ chức họp giảng viên (1 tuần trước khóa học) để thảo luận và thống nhất mục tiêu, nội dung, lịch học, phương pháp dạy – học, phân công, tài liệu/vật liệu dạy – học, câu hỏi lượng giá học viên trước-trong-cuối khóa học, các mẫu phiếu đánh giá, các quy định của khóa đào tạo, chứng chỉ và tiêu chuẩn được cấp chứng chỉ (Có ghi biên bản thảo luận về các nội dung trên).

(5). Nhân lực phục vụ cho khóa đào tạo

- Người chịu trách nhiệm chính, người phối hợp - Thư ký đánh máy tính và người ghi hình cho khóa đào tạo

- Khách mời trong buổi khai mạc, người quan sát và cơ quan thông tin (Nếu cần)

(6). Thiết kế thời gian biểu: Cần ghi rõ ngày giờ tiến hành từng nội dung, tên giảng viên và trợ giảng chịu trách nhiệm, phương pháp dạy – học và hoạt động của học viên cho từng nội dung. Để gây hứng thú cho học viên và đa dạng các phong cách dạy – học, trong mỗi buổi học nên có ít nhất 2 giảng viên tham gia.

(7). Chuẩn bị chứng chỉ: Thiết kế mẫu chứng chỉ, các điều kiện được cấp chứng chỉ cuối khóa học.

2.3.2. Tiến hành khóa đào tạo

(1). Những nội dung cần làm trong buổi đầu tiên của khóa đào tạo

- Khai mạc khóa đào tạo

+ Phát biểu khai mạc của lãnh đạo bệnh viện

+ Phát biểu của nhà tài trợ

- Lượng giá ngay trước khóa học: Nội dung của phiếu lượng giá thường gồm 2 phần:

+ Một số câu hỏi liên quan đến kinh nghiệm của học viên về chủ đề đào tạo và nhu cầu của học viên

+ Một bài kiểm tra liên quan đến các nội dung của khóa học dưới dạng câu hỏi trắc nghiệm. Bài kiểm tra này sẽ được lặp lại vào cuối khóa học để đánh giá sự tiến bộ của học viên và kết quả của khóa đào tạo.

- Giới thiệu giảng viên và học viên: Có thể có nhiều cách, thí dụ một vài cách giới thiệu học viên

+ Chia học viên thành các nhóm theo tháng sinh trong từng quý, theo đặc điểm hình thức... Mỗi nhóm tìm những đặc điểm chung của nhóm, thí dụ cùng đã có gia đình/cùng có con trai/cùng thích nghe nhạc/cùng thích đi du lịch/cùng không thích sự giả dối...

+ Chia học viên theo từng cặp 2 người phỏng vấn lẫn nhau theo các câu hỏi như: Nói 3 điều thích và một điều không thích, mong muốn gì từ khóa đào tạo, có khó khăn gì khi tham dự khóa đào tạo. Sau 3 phút từng nhóm nêu ngắn gọn kết quả phỏng vấn bạn mình.

Mục đích của hoạt động giới thiệu học viên là để học viên và giảng viên làm quen với nhau, tạo không khí hiểu biết và hòa đồng, xóa bỏ sự ngăn cách và e dè ban đầu.

- Giới thiệu mục đích, mục tiêu, nội dung, lịch học, tài liệu, phương pháp dạy – học sử dụng trong khóa đào tạo, trách nhiệm và quyền lợi của học viên. Mục đích của hoạt động này là để mọi học viên hiểu rõ tất cả những vấn đề liên quan đến khóa đào tạo để yên tâm và chủ động trong học tập.

- Xây dựng nội quy khóa học nhằm tạo ra một môi trường học tập an toàn và hỗ trợ lẫn nhau. Nội quy do học viên tự xây dựng với những điều nên làm và không nên làm. Sau khi mọi học viên đã thống nhất, nội quy được viết lên giấy A0 và treo ở chỗ tất cả đều nhìn thấy trong suốt khóa đào tạo.

(2). Tiến hành đào tạo theo thời gian biểu

** Đào tạo lý thuyết*

- Bố trí phòng học: Xem mục 2.3.1

- Phương pháp dạy–học: Thuyết trình có minh họa, thuyết trình ngắn kết hợp thảo luận nhóm lớn/thảo luận nhóm nhỏ dựa trên các vấn đề thực tế hoặc các tình huống.

** Đào tạo thái độ/kỹ năng giao tiếp/kỹ năng tư vấn*

- Bố trí phòng học: Xem mục 2.3.1

- Phương pháp dạy – học: Đóng vai dựa trên kịch bản hoặc tình huống (Tham khảo sách giới thiệu về các phương pháp dạy – học trong đào tạo y khoa)

** Đào tạo kỹ năng thao tác/thủ thuật mới*

- Bố trí phòng học: Xem mục 2.3.1

- Phương pháp dạy – học (Tham khảo sách giới thiệu về các phương pháp dạy – học trong đào tạo y khoa)

- + Với các kỹ năng/thủ thuật mới không quá phức tạp: Thường dùng phương pháp làm mẫu và thực hành lại.

- + Với các thủ thuật phức tạp: Xem băng ghi hình quay chậm để quan sát từng bước tiến hành sau đó chia nhóm nhỏ 2 người cùng làm với giảng viên.

- * Chuẩn hóa kỹ năng/thủ thuật mà học viên đã có trải nghiệm

- Bố trí phòng học: Xem mục 2.3.1

- Phương pháp: Cầm tay chỉ việc (Tham khảo sách giới thiệu về các phương pháp dạy – học trong đào tạo y khoa).

- * Đào tạo kỹ năng tiếp cận bệnh nhân và khám lâm sàng

- Bố trí phòng học: Xem mục 2.3.1

- * Đào tạo kỹ năng ra quyết định và giải quyết vấn đề

- Bố trí phòng học: Xem mục 2.3.1

Phương pháp: Nghiên cứu tình huống (Tham khảo sách giới thiệu về các phương pháp dạy – học trong đào tạo y khoa)

(3). Những hoạt động cần có trong buổi cuối cùng của khóa đào tạo

- Thực hiện bài kiểm tra kiến thức cuối khóa (30 phút): Sử dụng đúng bài kiểm tra đầu khóa để có thể so sánh sự tiến bộ của học viên sau khi được đào tạo. Bài kiểm tra thực hành thường được tiến hành trước dựa trên cơ sở mục tiêu của khóa đào tạo. Kết thúc thời gian kiểm tra, giảng viên sẽ chấm bài của học viên trong thời học viên điền vào phiếu đánh giá. Điểm lượng giá cuối khóa học sẽ được đưa vào bảng so sánh kết quả giữa trước và cuối khóa học đồng thời phân loại học viên theo các mức độ.

- Điền vào phiếu đánh giá khóa đào tạo (30 phút): Nội dung phiếu đánh giá khóa đào tạo cần bao gồm các câu hỏi về các khâu và các thành phần tham gia vào khóa đào tạo như: Đánh giá về tính phù hợp/cần thiết đối với từng nội dung và thời lượng dành cho từng nội dung, phương pháp đào tạo, mức độ đạt mục tiêu, tài liệu/vật liệu/phương tiện dùng cho dạy – học, cách thức tổ chức (Thời gian biểu, thời gian tổ chức và thời lượng của toàn khóa đào tạo, địa điểm học lý thuyết và thực hành, điều kiện sinh hoạt, thái độ phục vụ của người tổ chức), giảng viên, các nhân viên phục vụ

cho các hoạt động thực hành, các ý kiến đóng góp với ban tổ chức. Kết thúc thời gian, ban tổ chức tổng kết các ý kiến phản hồi.

- Tổng kết khóa học: Thường tiến hành sau giờ nghỉ giải lao để giảng viên và ban tổ chức có thời gian chấm bài kiểm tra và tổng kết số liệu.

- + Báo cáo kết quả lượng giá học viên so sánh với kết quả lượng giá đầu khóa học và phân loại học viên qua kết quả kiểm tra

- + Báo cáo kết quả phản hồi từ phía học viên qua tổng kết các phiếu đánh giá khóa học

- + Trao chứng chỉ cho các học viên đạt tiêu chuẩn của khóa đào tạo

- + Phát biểu ý kiến của đại diện học viên

- + Phát biểu của nhà tài trợ (Nếu có)

- + Phát biểu bế mạc của lãnh đạo bệnh viện

(4). Tổ chức họp rút kinh nghiệm (1 tuần sau khi kết thúc khóa đào tạo)

- Thành phần tham gia: Giảng viên, trợ giảng, người tổ chức, đại diện các khoa/phòng/labo thực hành, lãnh đạo bệnh viện/ nhà tài trợ (Nếu có)

- Nội dung: Đánh giá toàn bộ khóa đào tạo dựa vào diễn biến toàn khóa đào tạo, kết quả kiểm tra học viên, kết quả phản hồi của học viên, ý kiến phản hồi của giảng viên và những người tham gia tổ chức, ý kiến nhận xét của lãnh đạo và nhà tài trợ.

(5). Viết báo cáo tổng kết khóa đào tạo và quyết toán kinh phí:

Báo cáo tổng kết bao gồm các cấu phần sau đây:

- Mô tả tóm tắt khóa đào tạo

- Danh sách học viên

- Danh sách giảng viên

- Chương trình và thời gian biểu của khóa đào tạo

- Thời gian và địa điểm tiến hành

- Kết quả lượng giá học viên

- Ý kiến phản hồi từ học viên và giảng viên

Những ưu điểm và hạn chế cần rút kinh nghiệm từ khóa đào tạo

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Donaldson L, Scannell E. Human Resource Development. Reading, MA: Addison-Wesley Publishing Company, 1986.
2. Bộ Y tế (2001). Giáo dục và đào tạo nhân lực y tế. Dự án WHO/HRH/001, NXB Y học
3. Bộ Y tế (2009). Phương pháp sư phạm cơ bản. Tài liệu đào tạo giảng viên các cơ sở đào tạo liên tục về sức khỏe sinh sản
4. Phạm Thị Minh Đức (1998). Dạy học tích cực trong đào tạo y học. NXB Y học.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn 1 câu trả lời ĐÚNG hoặc ĐÚNG NHẤT cho các câu hỏi bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu tiên câu trả lời được chọn:

Câu 1. Chứng nhận đào tạo liên tục có giá trị tích lũy trong thời gian

- A. 2 năm
- B. 3 năm
- C. 4 năm
- D. 5 năm

Câu 2. Những khóa đào tạo được cấp giấy chứng nhận phẩm đảm bảo thời gian từ :

- A. 10 giờ thực học trở lên
- B. 15 giờ thực học trở lên
- C. 20 giờ thực học trở lên
- D. 25 giờ thực học trở lên

Câu 3. Nội dung nào sau được quy đổi vào thời gian học tập liên tục, NGOẠI TRỪ:

- A. Hướng dẫn thực sỡ

B. Hướng dẫn sinh viên

C. Có bài báo cáo trong Hội nghị Quốc tế

D. Có bài báo đăng ở tạp chí chuyên ngành

Câu 4. Tất cả cán bộ y tế phải được đào tạo cập nhật về kiến thức, kỹ năng, thái độ với thời gian mỗi năm tối thiểu là:

A. 24 giờ thực học.

B. 36 giờ thực học.

C. 48 giờ thực học.

D. 72 giờ thực học.

Câu 5. Luật khám chữa bệnh quy định thời gian thực hành đối với điều dưỡng để được cấp giấy chứng nhận thực hành là:

A. 6 tháng

B. 9 tháng

C. 12 tháng

D. 18 tháng

Câu 6. Có bao nhiêu điều nên áp dụng khi thuyết trình

A. 8 điều

B. 9 điều

C. 10 điều

D. 11 điều

Câu 7. Có bao nhiêu điều nên áp dụng khi thuyết trình

A. 7 điều

B. 8 điều

C. 9 điều

D. 10 điều

BÀI 11. CÁC PHƯƠNG PHÁP DẠY HỌC THEO NĂNG LỰC

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày khái niệm về năng lực và giải thích khái niệm về Dạy – Học theo năng lực.
2. Trình bày các phương pháp dạy học dựa trên năng lực, những kỹ năng hỗ trợ dạy học dựa trên năng lực.
3. Trình bày kỹ năng phản hồi trong dạy học dựa trên năng lực.
4. Xây dựng được một bài giảng để tập huấn cho điều dưỡng viên theo phương pháp dạy học theo năng lực.

NỘI DUNG

1. Khái niệm năng lực

Năng lực (Competency) được hiểu như sự thành thạo, khả năng thực hiện của cá nhân đối với một công việc. Trong chương trình dạy học dựa trên năng lực, khái niệm năng lực được sử dụng như sau:

- Năng lực liên quan đến bình diện mục tiêu của dạy học: mục tiêu dạy học được mô tả thông qua các năng lực cần hình thành;
- Trong chương trình, những nội dung học tập và hoạt động cơ bản được liên kết với nhau nhằm hình thành các năng lực;
- Năng lực là sự kết nối tri thức, hiểu biết, khả năng mong muốn...;
- Mục tiêu hình thành năng lực định hướng cho việc lựa chọn, đánh giá mức độ quan trọng và cấu trúc hóa các nội dung và hoạt động và hành động dạy học về mặt phương pháp;
- Năng lực mô tả việc giải quyết những đòi hỏi về nội dung trong các tình huống;
- Các năng lực chung cùng với các năng lực chuyên môn tạo thành nền tảng chung cho công việc giáo dục và dạy học;
- Mức độ đối với sự phát triển năng lực có thể được xác định trong các tiêu chuẩn nghề; Đến một thời điểm nhất định nào đó, người học có thể/phải đạt được những năng lực gì?

2. Khái niệm về Dạy – Học theo năng lực

Dạy – học dựa trên năng lực (Competency based education – CBE) là phương pháp dạy học hướng tới việc đo lường chính xác kiến thức, kỹ năng và thái độ của người học sau khi kết thúc mỗi chương trình học (Guskey, 2005). Trong chương trình dạy học dựa trên năng lực, mục tiêu dạy học của chương trình được mô tả thông qua các nhóm năng lực.

Nội dung dạy học dựa trên năng lực không chỉ giới hạn trong tri thức và kỹ năng chuyên môn mà gồm những nhóm nội dung nhằm phát triển các lĩnh vực năng lực:

Học nội dung chuyên môn	Học phương pháp	Học giao tiếp xã hội	Học tự trải nghiệm – đánh giá
- Các tri thức chuyên môn (các khái niệm, phạm trù, quy luật, mối quan hệ, ...) - Các kỹ năng chuyên môn - Ứng dụng, đánh giá chuyên môn.	- Lập kế hoạch học tập, kế hoạch làm việc. - Các phương pháp nhận thức chung: thu thập, xử lý, đánh giá, trình bày thông tin. - Các phương pháp chuyên môn.	- Làm việc nhóm - Tạo điều kiện cho sự hiểu biết về phương diện xã hội, - Học cách ứng xử, tinh thần trách nhiệm, khả năng giải quyết xung đột.	- Tự đánh giá điểm mạnh, điểm yếu. - Xây dựng kế hoạch phát triển cá nhân. - Đánh giá, hình thành các chuẩn mực giá trị, đạo đức và văn hóa, lòng tự trọng...
			
Năng lực chuyên môn	Năng lực phương pháp	Năng lực xã hội	Năng lực nhân cách

Phương pháp dạy học dựa trên năng lực không chỉ chú ý tích cực hóa người học về hoạt động trí tuệ mà còn chú ý rèn luyện năng lực giải quyết vấn đề gắn với những tình huống của cuộc sống và nghề nghiệp, đồng thời gắn hoạt động trí tuệ với hoạt động thực hành, thực tiễn. Tăng cường việc học tập trong nhóm, đổi mới quan hệ giảng viên và người học theo hướng cộng tác có ý nghĩa quan trọng nhằm phát triển năng lực xã hội. Bên cạnh việc học tập những tri thức và kỹ năng riêng

lẽ của các môn học chuyên môn cần bổ sung các chủ đề học tập phức hợp nhằm phát triển năng lực giải quyết các vấn đề phức hợp.

Theo quan điểm phát triển năng lực, việc đánh giá kết quả học tập không lấy việc kiểm tra khả năng tái hiện kiến thức đã học làm trung tâm của việc đánh giá. Đánh giá kết quả học tập cần chú trọng khả năng vận dụng sáng tạo tri thức trong những tình huống ứng dụng khác nhau.

3. Phương pháp dạy học dựa trên năng lực

Một số phương pháp dạy học dựa trên năng lực:

3.1 Phương pháp thuyết trình

3.1.1. Khái niệm

Thuyết trình là quá trình phát ngôn chính thức nhằm giới thiệu, cung cấp hoặc làm sáng tỏ một hiện tượng và sự kiện.

Thuyết trình có thể thuyết trình đơn thuần hoặc thuyết trình có sử dụng thêm công cụ hỗ trợ nghe nhìn hoặc các mô hình. Thuyết trình có minh họa sẽ làm cho bài giảng thú vị hơn, dễ nhớ hơn, và đạt được hiệu quả cao hơn thuyết trình thông thường do huy động sự tham gia của nhiều giác quan của người học hơn như: thị giác, xúc giác chứ không chỉ có thính giác đơn thuần.

3.1.2. Áp dụng

Phương pháp thuyết trình thường được áp dụng khi giảng viên cần cung cấp một lượng thông tin lớn cho một nhóm lớn học viên, khi muốn trao đổi những kinh nghiệm không có trong các tài liệu hiện có, truyền cảm hứng và cảm xúc đến người nghe. Phương pháp thuyết trình sẽ tăng hiệu quả lên nhiều lần nếu người giảng viên cung cấp thông tin và kết hợp với minh họa hoặc phương tiện nghe, nhìn. Tuy nhiên, phương pháp thuyết trình sẽ không hiệu quả trong dạy học thực hành. Phương pháp này thường được sử dụng trong các lớp giảng dạy số lượng người đông, giảng dạy lý thuyết về các nguyên tắc, khái niệm, quy trình, tóm tắt bài học, phổ biến chính sách...

3.1.3. Thực hiện:

Phương pháp thuyết trình được tổ chức thực hiện như sau:

- Mở đầu: dẫn dắt vào chủ đề bài học để cuốn hút người nghe, không nên bắt đầu bằng slide.

- Đánh giá sự hiểu biết của người học về kiến thức đã có và kiến thức mới về nội dung định giảng dạy.
- Nội dung: Trình bày theo mục tiêu
- Giải thích và làm rõ các thuật ngữ, khái niệm và nội dung được đưa ra.
- Sử dụng các ngôn ngữ bằng lời và ngôn ngữ không lời để thu hút và lôi cuốn người học vào nội dung giảng dạy. Cần xen kẽ các ví dụ, kinh nghiệm thực tiễn trong quá trình giảng dạy.
- Cần tạo không khí học tập thoải mái không nên quá căng thẳng nhưng cũng không nên quá nhiều làm phân tán sự chú ý của người học.
- Thời gian thuyết trình không nên quá dài, nên xen kẽ các câu hỏi để người học trả lời, thảo luận và trình bày ngắn trong khoảng 10 phút để tích cực hóa người học.
- Giảng viên tóm tắt các nội dung trọng tâm của bài ở cuối buổi học.

3.2. Phương pháp thảo luận nhóm

3.2.1. Khái niệm

Thảo luận nhóm trong dạy học được hiểu đơn giản là một nhóm học viên sẽ cùng nhau làm việc, tìm hiểu bàn bạc và phân tích vấn đề để đạt được mục đích chung. Một nhóm sẽ được chia theo số lượng người, có thể được tổ chức với từ 3 đến 10 học viên (nhóm nhỏ) hoặc (lớn hơn).

3.2.2. Áp dụng

- Đưa ra cách thức giải quyết, đánh giá một vấn đề
- Rèn luyện kỹ năng làm việc theo nhóm

3.2.3. Thực hiện

Một cuộc thảo luận nhóm được tổ chức như sau:

- Lập danh sách các nhóm
- Giảng viên đặt câu hỏi, đưa chủ đề/nội dung thảo luận cho nhóm thảo luận
- Đưa ra yêu cầu làm việc nhóm
- Phân nhóm, bố trí vị trí ngồi của các thành viên thích hợp
- Quy định khoảng thời gian thảo luận
- Cử nhóm trưởng, thư ký
- Phát giấy, bút và học liệu khác để phục vụ thảo luận

- Giảng viên quan sát, hỗ trợ, và giúp các nhóm thảo luận
- Các nhóm ghi kết quả thảo luận lên bảng hoặc giấy A0, hoặc trình bày kết quả thảo luận của nhóm.
- Giảng viên hướng dẫn bình luận, tóm tắt, kết luận.

3.3. Phương pháp đóng vai

3.3.1. Khái niệm

Phương pháp đóng vai là phương pháp đào tạo thông qua trải nghiệm các vai thích hợp khi giả định nhân vật. Sau khi tình huống được dựng lên, học viên đóng các vai thích hợp trong tình huống đó và suy nghĩ về vấn đề xảy ra cũng như tìm phương pháp giải quyết các vấn đề đó.

3.3.2. Áp dụng

- Dạy - Học thái độ hướng tới thay đổi hành vi
- Dạy - học kỹ năng giao tiếp trong công việc
- Dạy học cách xử lý tình huống
- Liên hệ vai diễn với thực tế

3.3.3. Thực hiện

Phương pháp đóng vai được tổ chức thực hiện như sau:

- Giáo viên xây dựng tình huống giả định sát với thực tế, đưa ra các vai cần có trong kịch bản.
- Cung cấp kịch bản cho học viên nghiên cứu trước về nội dung và yêu cầu vai diễn.
- Giảng viên phân vai và hướng dẫn học viên đóng vai
- Học viên được phân vai: chuẩn bị nội dung, phương tiện địa điểm thích hợp và thể hiện vai diễn
- Cho tiến hành đóng vai. Thời gian khoảng 5-10 phút
- Các học viên khác: tập trung quan sát, lắng nghe các vai diễn thể hiện
- Giảng viên hỏi các vai diễn về cảm tưởng của họ khi nhập vai.
- Các học viên nhận xét từng vai diễn và liên hệ với thực tế, rút ra bài học.
- Tổng kết và đưa ra những điểm quan trọng về nội dung cần nhấn mạnh.

3.4. Phương pháp dạy học dựa trên tình huống

3.4.1. Khái niệm

Phương pháp dạy học dựa trên tình huống trong giáo dục điều dưỡng là phương pháp dạy học dựa vào các sự kiện, sự việc đã hoặc đang diễn ra trong thực tế lâm sàng. Phương pháp giảng dạy này dựa trên cơ sở kiến thức lý thuyết đã được học để giúp học viên hướng tới mục tiêu giáo dục thái độ sẵn sàng và kỹ năng đưa ra quyết định của người điều dưỡng cho việc giải quyết các tình huống lâm sàng sẽ gặp trong thực tế.

3.4.2. Áp dụng

- Dạy học kỹ năng tư duy, kỹ năng giải quyết vấn đề, kỹ năng ra quyết định khi dạy học thực hành mô phỏng, đặc biệt sử dụng dạy học tiền lâm sàng để học viên có thể tự tin hơn khi học thực hành lâm sàng.
- Phát triển cách tiếp cận giải quyết vấn đề có hệ thống, khuyến khích học viên ghi chép lại các tình huống thực tế đã được quan sát/tham gia trong quá trình thực hành lâm sàng để đưa ra cùng thảo luận nhóm/lớp khi thảo luận các ca lâm sàng.

3.4.3. Thực hiện

Nghiên cứu tình huống được tổ chức như sau:

- Giảng viên cung cấp tình huống, đưa ra các câu hỏi liên quan đến giải quyết tình huống.
- Hướng dẫn học viên tìm tài liệu, đánh giá thông tin và lưu trữ các thông tin.
- Tổ chức thảo luận theo nhóm hoặc trình bày cá nhân về cách giải quyết các câu hỏi được đưa ra.
- Giảng viên bình luận, tóm tắt, kết luận.

4. Kỹ năng hỗ trợ dạy học dựa trên năng lực

Một số kỹ năng hỗ trợ dạy học dựa trên năng lực:

4.1. Kỹ năng lắng nghe

- Không tỏ ra bận rộn
- Thể hiện thái độ quan tâm đến câu chuyện của người nói chuyện
- Gật đầu
- Hướng ứng
- Nhắc lại từ khóa của câu chuyện
- Tóm tắt và xác nhận
- Thể hiện sự đồng cảm với người nói chuyện

- Lắng nghe câu chuyện đến cùng
- Không sử dụng những từ ghép mang tính phủ định như “nhưng”, “tuy nhiên”
- Chịu đựng sự im lặng trong một mức độ nhất định.

4.2. Kỹ năng đặt câu hỏi

- Mục đích là để người được hỏi hiểu được điều mà họ chưa nhận ra
- Đặt câu hỏi vì người được hỏi
- Tiếp tục hỏi cho đến khi người được hỏi tự tìm thấy câu trả lời
- Dành thời gian để suy nghĩ câu trả lời sau khi đặt câu hỏi
- Không chen câu hỏi vào giữa lúc người được hỏi đang trả lời/thuyết trình
- Tránh hỏi dồn dập sẽ làm người được hỏi trở nên khép mình
- Thay đổi từ “vì sao?” sang anh/chị nghĩ thế nào? Ví dụ “vì sao thất bại?” sang “Theo anh/chị nghĩ lý do thất bại ở đây là gì?”,...

4.3. Kỹ năng khen ngợi, động viên

- Khen ngợi để nhân viên mới có thể phát huy kết quả tốt hơn ở lần sau, sau khi được giao công việc.
- Chỉ ra các thực tế “Anh/chị đã làm tốt, chỗ này tốt lắm,...” và đánh giá sau khi người được giao công việc đã hoàn thành công việc.
- Không chỉ khen ngợi mà còn nêu ra các vấn đề tồn tại.
- Cho biết rằng mình thường xuyên quan tâm đến nhân viên mới.
- Thừa nhận sự tồn tại của nhân viên mới như chào hỏi, bắt chuyện, ...
- Thừa nhận sự thay đổi như “anh/chị đã ít mắc lỗi” hay “gần đây có vẻ anh/chị sức khỏe không được ổn”...
- Thừa nhận thành quả như “Anh/chị đã thực hiện được.... Rồi”...

4.4. Kỹ năng truyền đạt thông tin hiệu quả

- Truyền đạt thông tin ngắn gọn, dễ hiểu
- Sử dụng hợp lý các ngữ điệu sẽ giúp cho việc truyền đạt hiệu quả hơn
- Khi truyền đạt thông tin cần thành thật, thành thật với bản thân và người khác. Thẳng thắn giải thích một cách dễ hiểu và cụ thể chứ không vòng vo. Bình đẳng, không thể hiện thái độ uy hiếp hay khiếp sợ. Chịu trách nhiệm về những việc làm của mình và không đổ thừa cho người khác.

4.5. Kỹ năng rút kinh nghiệm

- Là quá trình người học hiểu sâu về một trải nghiệm thông qua tư duy nội tại và rút ra ý nghĩa để có thể phát huy trong trải nghiệm tiếp theo.
- Xem xét xem điều gì đã xảy ra, có cảm xúc và cảm nghĩ gì, trải nghiệm đó có gì tốt, có gì xấu, tại sao lại xảy ra tình trạng như vậy, có thể làm gì khác, nếu xảy ra lần nữa thì làm thế nào.
- Nếu chỉ có trải nghiệm không thôi sẽ không giúp gì cho việc học tập. Điều quan trọng là tự nhận ra các vấn đề của bản thân và xác định các giải pháp để tự hoàn thiện bản thân.

4.6. Kỹ năng tạo môi trường học tập an toàn, thân thiện và hiệu quả

- Việc học tập có thể được thực hiện tại ngay đầu giường người bệnh, tại phòng giao ban... Đối với học thực hành lâm sàng việc tạo ra môi trường học tập thân thiện, mọi người đều hỗ trợ người học sẽ rất quan trọng giúp họ tự tin và yêu nghề hơn, muốn gắn bó với nghề hơn.
- Việc bảo vệ người học trước những mối đe dọa từ môi trường học tập mang lại là hết sức cần thiết, người học cần được bảo vệ trước người bệnh, người nhà và các nhân viên y tế khác.

5. Kỹ năng phản hồi trong dạy học dựa trên năng lực

5.1. Khái niệm

Phản hồi là cách giao tiếp nhằm thu nhận hoặc đưa ra những thông tin về hành vi hoặc cách ứng xử hoặc về người khác.

5.2. Mục đích

Phản hồi nhằm mục đích giúp người học có những suy nghĩ, hành động mới mà bản thân người học nhận thấy cần có. Phản hồi tích cực giúp người học tự tin, thúc đẩy sự tìm tòi và học tập của người học để góp phần vào quá trình trưởng thành của người học.

5.3. Các nguyên tắc chung của phản hồi

- Phản hồi nên được đưa ra đúng lúc, trực tiếp, số lượng vừa phải, và phù hợp với khả năng tiếp nhận của người nhận.
- Phản hồi chú trọng đến các câu hỏi “cái gì?”, và “như thế nào?” chứ không cố gắng lý giải “tại sao?”.

- Phản hồi không nhằm đánh giá, cũng không đưa ra các lời khuyên. Nên đưa phản hồi dưới dạng quan điểm ví dụ “tôi thấy...”, “tôi nghĩ rằng", “tôi cảm thấy...”
- Phản hồi cần phản ánh được cả nhu cầu của người nhận và người cho phản hồi. Phản hồi sẽ ít/không tác dụng nếu chỉ nhằm phục vụ cho nhu cầu của người cho phản hồi.
- Thông tin phản hồi cần được diễn tả một cách rõ ràng.
- Thu thập thông tin phản hồi bằng cách: chỉ lắng nghe, không biện minh, chỉ hỏi lại để làm rõ hơn, cảm ơn sau khi nhận phản hồi.

5.4. Áp dụng thực tế

Cần chọn địa điểm và thời điểm thích hợp để phản hồi. Ví dụ không nên phản hồi trước mặt người bệnh, người nhà hoặc các đồng nghiệp khác. Tuy nhiên, cần đưa ra ý kiến phản hồi càng sớm càng tốt để người học có cơ hội nhận biết và điều chỉnh sớm.

Nên để người học tự nhận xét về bản thân trước khi giảng viên đưa ra phản hồi.

Nên chọn những thông tin quan trọng nhất để phản hồi vì người nhận phản hồi không thể tiếp nhận cùng một lúc quá nhiều thông tin.

Phản hồi có thể được thực hiện dưới hình thức trực tiếp (mặt đối mặt) hoặc phản hồi gián tiếp qua điện thoại, văn bản, hoặc email.

Nên cho phản hồi dưới dạng mô tả, bàn bạc và thảo luận.

Một số lưu ý khi thực hiện phản hồi cho điều dưỡng viên mới:

- Dựa trên quan sát trực tiếp
- Trên quan điểm là đồng nghiệp để đưa ra phản hồi
- Tập trung vấn đề cụ thể, trọng tâm
- Đưa ra các gợi ý để cải thiện tình trạng đã xảy ra
- Không chỉ trích quá nhiều, nhưng cũng không nên đề cập tới những lỗi của người học.
- Tập trung vào hành vi chứ không tập trung vào bản chất con người.
- Tìm hiểu rõ về suy nghĩ và cảm xúc đằng sau hành động mà người học thực hiện.
- Để người học có cơ hội bày tỏ suy nghĩ, cảm xúc, đánh giá như thế nào về hành vi của bản thân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Cục quản lý khám chữa bệnh. Dự án tăng cường chất lượng nguồn nhân lực trong khám chữa bệnh, 2012.
2. Bộ Y tế, Cục quản lý khám chữa bệnh. Tài liệu đào tạo Quản lý điều dưỡng, Cục QLKCB-JICA, 2012.
3. Bộ Y tế, Cục khoa học công nghệ và đào tạo. Dự án tăng cường hệ thống đào tạo lâm sàng cho điều dưỡng mới tốt nghiệp, 2020.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn 1 câu trả lời ĐÚNG hoặc ĐÚNG NHẤT cho các câu hỏi bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu tiên câu trả lời được chọn:

Câu 1: Khái niệm năng lực là:

- A. Sự thành thạo, khả năng thực hiện của cá nhân đối với một công việc.
- B. Khả năng thực hiện của cá nhân đối với yêu cầu đặt ra.
- C. Sự thành thạo của cá nhân đối với mục tiêu đưa ra.
- D. Khả năng hoàn thành công việc của cá nhân.

Câu 2: Khái niệm dạy-học dựa trên năng lực là phương pháp dạy học hướng tới việc đo lường chính xác:

- A. Kiến thức của người học sau khi kết thúc mỗi chương trình học.
- B. Kiến thức, kỹ năng và thái độ của người học sau khi kết thúc mỗi chương trình học.
- C. Kỹ năng của người học sau khi kết thúc mỗi chương trình học.
- D. Thái độ của người học sau khi kết thúc mỗi chương trình học.

Câu 3: Dạy học dựa trên năng lực nhằm phát triển các lĩnh vực năng lực:

- A. Chuyên môn, phương pháp, xã hội

- B. Phương pháp, xã hội, nhân cách
- C. Nhân cách, chuyên môn, phương pháp
- D. Chuyên môn, phương pháp, xã hội, nhân cách

Câu 4: Mức độ đối với sự phát triển năng lực có thể được xác định trong các tiêu chuẩn:

- A. Nghề
- B. Giao tiếp
- C. Đạo đức
- D. Công việc

Câu 5: Trong chương trình dạy học dựa trên năng lực, mục tiêu dạy học của chương trình được mô tả thông qua các:

- A. Lĩnh vực chuyên môn
- B. Ứng dụng thực tế
- C. Nhóm năng lực
- D. Giải quyết tình huống.

Câu 6: Phương pháp dạy học dựa trên năng lực chú ý đến điều gì ở người học?

- A. Tích cực hoá về hoạt động trí tuệ và thực hành tay nghề
- B. Rèn luyện năng lực giải quyết vấn đề và nâng cao nhận thức
- C. Rèn luyện năng lực giải quyết tình huống và thực hành tay nghề
- D. Tích cực hoá về hoạt động trí tuệ với hoạt động thực hành, thực tiễn.

Câu 7: Đánh giá kết quả học tập trong dạy học dựa trên năng lực chú trọng đến:

- A. Kiểm tra khả năng tái hiện kiến thức đã học
- B. Kiểm tra khả năng sử dụng kiến thức đã học

- C. Khả năng vận dụng sáng tạo tri thức đã học
- D. Kiểm tra thái độ về việc tái hiện kiến thức đã học.

Câu 8: Đây là áp dụng của phương pháp đóng vai trong dạy học dựa trên năng lực:

- A. Dạy – học thái độ hướng tới thay đổi hành vi
- B. Dạy – học kỹ năng tư duy
- C. Đưa ra cách thức giải quyết, đánh giá một vấn đề
- D. Phát triển cách tiếp cận giải quyết vấn đề có hệ thống.

Câu 9: Một trong các nguyên tắc chung của phản hồi là:

- A. Phản hồi đúng lúc, chỉ lắng nghe, không biện minh.
- B. Phản hồi ngắn gọn, chỉ hỏi lại để làm rõ hơn, cảm ơn sau khi nhận phản hồi.
- C. Chỉ lắng nghe, không biện minh, cảm ơn sau khi nhận phản hồi.
- D. Chỉ lắng nghe, không biện minh, chỉ hỏi lại để làm rõ hơn, cảm ơn sau khi nhận phản hồi.

Câu 10: Lưu ý **KHÔNG** được đề cập đến khi thực hiện phản hồi cho điều dưỡng viên mới là:

- A. Dựa trên quan sát trực tiếp
- B. Tập trung vấn đề cụ thể, trọng tâm
- C. Dựa vào nhận xét của người hướng dẫn
- D. Đưa ra các gợi ý để cải thiện tình trạng đã xảy ra.

BÀI 12. LƯỢNG GIÁ - ĐÁNH GIÁ HỌC TẬP

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được khái niệm lượng giá, đánh giá.
2. Trình bày được mục đích, yêu cầu của lượng giá, đánh giá.
3. Phân tích được các phương pháp lượng giá, đánh giá.
4. Viết được câu hỏi lượng giá chính xác.

NỘI DUNG

1. Một số khái niệm

1.1. Giải thích từ ngữ

- Lượng giá là đo lường thành tích học tập của học viên theo các mức độ học tập về ba lĩnh vực: kiến thức, kỹ năng và thái độ.
- Đánh giá là lượng giá kèm theo quyết định xử lý (đỗ, trượt, xếp loại, chứng nhận...).
- Lượng giá khách quan hơn (phụ thuộc vào công cụ lượng giá) còn đánh giá thì cũng có thể khách quan nhưng thường phụ thuộc nhiều vào chủ quan, vào các qui định (chế độ ưu tiên...).
- Đánh giá trong quá trình học tập, bao gồm: kiểm tra thường xuyên, kiểm tra định kỳ và kiểm tra kết thúc học phần/môn học.
- Đánh giá chứng nhận là đánh giá sau quá trình đào tạo nhằm chứng nhận việc hoàn thành khóa học (đánh giá cuối khóa).

1.2. Các tiêu chuẩn đánh giá

- Tính tin cậy (Reliability): kết quả đánh giá là thống nhất, nghĩa là bài thi đưa cho nhiều người chấm đều cho kết quả giống nhau.
- Tính giá trị (Validity): Nội dung, phương pháp, hình thức, công cụ đánh giá phải phù hợp với mục tiêu.
- Tính phân biệt: là đề thi phải phân loại được học viên
- Tính công bằng: là nội dung và điều kiện thi như nhau
- Tính tiện lợi: là việc tổ chức đánh giá không cầu kỳ, không tốn kém.

- Tính pháp lý: việc đánh giá phải được lưu giữ để làm căn cứ pháp lý

2. Đánh giá quá trình khóa học

2.1. Mục đích

- Thông báo cho học viên về kết quả học tập và sự tiến bộ của họ (cung cấp phản hồi). Qua đó động viên họ học tập và biết cách để khắc phục nhược điểm. Việc này phải làm thường xuyên, ngay trong quá trình học tập để sớm có thông tin phản hồi. Nếu phản hồi quá ít, quá muộn sẽ dẫn đến kết quả học tập thấp.

- Cải tiến việc dạy và học: thông qua các phản hồi từ học viên, cả giảng viên và học viên đều có thể rút ra bài học kinh nghiệm, đề ra các biện pháp để nâng cao chất lượng Dạy cũng như Học. Phản hồi chính là nhiên liệu cho động cơ học tập và cũng là yếu tố định hướng cho việc tự học. Phản hồi phải đủ, phải thường xuyên và nên có kết quả ngay để điều chỉnh kịp thời.

- Cấp chứng chỉ, chứng nhận: công nhận sự hoàn thành khóa học của học viên, bảo đảm những học viên có đủ năng lực và phẩm chất để hành nghề.

2.2. Thời điểm đánh giá

- Trước khi học (đánh giá dự báo): nhằm đánh giá nhu cầu học tập, để đáp ứng đúng về nội dung, phương pháp... cho đối tượng. Có thể tiến hành điều tra đầy đủ hoặc làm tiền trắc nghiệm (pretest) ngay trước các buổi học. Việc này thường được tiến hành ở các lớp đào tạo lại.

- Trong khi học (đánh giá quá trình học): nhằm phát hiện các phản hồi tức thời cho học viên và giáo viên để điều chỉnh kịp thời cho việc Dạy và Học.

- Ngay sau khi học (đánh giá tổng kết): nhằm xử lý hoặc chứng nhận việc học và mức độ đạt được của học viên. Thời điểm này các phản hồi thường được thu nhận đầy đủ nhưng tác dụng điều chỉnh ít hơn. Đối với việc Dạy thì có tác dụng điều chỉnh cho những khóa đào tạo sau.

- Áp dụng nơi làm việc: gồm đánh giá sự thực hiện ngay sau khi về nơi làm việc và đánh giá tác động của học tập sau 2-3 năm.

2.3. Yêu cầu đánh giá

- Nội dung đánh giá phải căn cứ vào mục tiêu học tập
- Phương pháp, hình thức, công cụ đánh giá phải phù hợp: không lẫn lộn cách đánh giá kiến thức với đánh giá thực hành.

- Đánh giá phải bao trùm nội dung học tập, thông thường người ta qui định số lượng câu hỏi theo số tiết hoặc đơn vị học trình của từng bài học hoặc môn học.

- Độ khó phải phù hợp. Nếu đề thi quá khó hoặc quá dễ thì tính giá trị đều giảm. Nhiều nước tiên tiến yêu cầu tính chỉ số khó của các câu hỏi thi cho nhóm thí sinh chuẩn, sau đó xây dựng đề thi theo cấu trúc 1/3 khó; 1/3 trung bình và 1/3 dễ, sau đó sẽ quyết định mức chấp nhận được cho đề thi.

2.4. Các hình thức lượng giá, đánh giá

- Lượng giá, đánh giá liên tục: Thường được sử dụng trong quá trình giảng dạy, việc này liên quan đến việc đưa thông tin phản hồi cho học viên về quá trình học tập của họ. Thông qua hình thức này giảng viên có thể điều chỉnh được chương trình giảng dạy cho phù hợp với nhu cầu của học viên. Các kỹ thuật sử dụng có thể là quan sát, hỏi, thu thập số liệu của học viên, phần trình bày của học viên hoặc TEST trắc nghiệm.

- Lượng giá, đánh giá cuối kì: Đây là hình thức đánh giá vào cuối kì học. Hình thức này dựa vào mục tiêu học tập ban đầu đề ra, hình thức này đánh giá việc học của học viên và việc giảng dạy của giáo viên như thế nào. Các kỹ thuật có thể là TEST trắc nghiệm, học viên trình bày, thuyết trình, làm các thủ thuật, bài tập...

- Học viên tự lượng giá: Hình thức này có tác dụng động viên tinh thần học tập làm chủ và tính sáng tạo của học viên, giúp họ nhận thấy điểm mạnh yếu của mình, giúp họ ý thức tốt về việc thực hiện tốt hơn việc học tập của họ.

2.5. Lựa chọn các phương pháp đánh giá

Bảng 1. So sánh các lĩnh vực đánh giá và phương pháp đánh giá

LĨNH VỰC	PHƯƠNG PHÁP
Kiến thức	▪ Bài viết ngắn: Test ▪ Bài viết dài: tiểu luận, luận văn ▪ Vấn đáp ▪ Tự lượng giá/đánh giá
Thái độ	▪ Quan sát ▪ Phỏng vấn
Kỹ năng	▪ Quan sát: thực hành ▪ Tự đánh giá

Giáo viên căn cứ vào mục tiêu học tập để xác định các mức độ đánh giá cho phù hợp với mục tiêu học tập và phù hợp với nhiệm vụ nghề nghiệp của đối tượng. Theo Bảng minh họa dưới đây:

Bảng 2. So sánh mục tiêu học tập và mức độ đánh giá

Lĩnh vực	Mục tiêu học tập	Mức độ đánh giá
Kiến thức, nhận thức	▪ Hiểu/thông suốt ▪ Áp dụng ▪ Phân tích ▪ Tổng hợp ▪ Đánh giá	▪ Nhớ lại: kể, nêu, viết, giải thích... ▪ Diễn giải: Giải thích, trình bày, nêu ý nghĩa... ▪ Giải quyết vấn đề về lý thuyết: Phân tích, tổng hợp, so sánh, đề xuất
Thái độ, tình cảm	▪ Cảm nhận ▪ Đáp lại ▪ Nội tâm hóa	▪ Thông cảm, đồng cảm, nói được cảm nghĩ của người khác ▪ Giải thích, động viên ▪ Nhiệt tình giúp đỡ, hỗ trợ tận tình...
Thực hành, kỹ năng	▪ Phản xạ ▪ Nền tảng ▪ Cảm thụ ▪ Sức khỏe ▪ Lành nghề ▪ Phi ngôn ngữ	▪ Bắt chước: làm, thực hiện, tiến hành một công việc ▪ Làm chủ: làm vững vàng, chắc chắn, tự chủ, an toàn một công việc ▪ Thành thạo: làm thuần thục, khéo léo một công việc

3. Công cụ lượng giá, đánh giá

3.1. Bảng tóm tắt các công cụ

	Công cụ
Kiến thức	- Test:

	+ Câu hỏi lựa chọn 1 trong 4 hoặc 5 ý (MCQ) + Câu trả lời đúng/sai (T/F) + Câu hỏi để trả lời ngắn + Đối chiếu, ghép cặp + Bài tập nghiên cứu trường hợp (case study) + Bài viết ngắn cải tiến (MEQ) + Bài viết dài tự do: Essay, tiểu luận
Thực hành	- Bảng kiểm (Checklist) - Thang điểm (Rating scale)
Thái độ	- Quan sát - Tình huống cụ thể - Phỏng vấn

3.2. Câu hỏi lựa chọn (MCQ)

Là loại câu hỏi tốt nhất để đánh giá học viên. Khi thiết kế phải lưu ý các điểm sau:

- Cấu trúc chặt chẽ
- Chỉ nên sử dụng 4 đến 5 lựa chọn
- Chỉ có một câu trả lời đúng cho các lựa chọn

Cấu trúc: mỗi câu hỏi bao gồm 2 phần, phần thân câu và phần lựa chọn. Phần thân câu kết hợp với một lựa chọn sẽ tạo thành một câu văn hoàn chỉnh. Ví dụ: Trong viêm phổi, nên bồi phụ nước và điện giải bằng đường:

- A. Uống
- B. Nhỏ giọt dạ dày
- C. Truyền tĩnh mạch
- D. Uống kết hợp với truyền tĩnh mạch

Cách cho điểm: cho điểm khi thí sinh trả lời đúng so với đáp án, không cho điểm khi thí sinh không trả lời hoặc chọn trả lời sai. Lưu ý: các lựa chọn trong câu hỏi phải na ná (tương đối) giống nhau, trong đó chỉ có 1 lựa chọn là đầy đủ nhất, đúng nhất hay tốt nhất.

3.3. Câu trả lời đúng/sai

Dạng câu hỏi này kích thích sự dò đoán của học viên nên phải thận trọng khi sử dụng. Trong số các câu hỏi khách quan thì câu hỏi lựa chọn đúng hoặc sai là một loại hình tốt. Khi viết câu hỏi loại này cần lưu ý:

- Phải chú ý câu trả lời là các sự kiện không phải là một ý kiến.
- Câu hỏi về nguyên nhân và kết quả thì chú ý chỉ có một nguyên nhân hoặc một kết quả rõ ràng.
- Tránh dùng những thành ngữ phủ định
- Các câu trả lời đúng và sai số lượng tương đương nhau.

Cấu trúc câu hỏi đúng-sai có 2 dạng: Mỗi câu hỏi là một câu văn trọn vẹn, ví dụ: Renin sẽ được tế bào tổ chức cận cầu thận tăng bài tiết khi lưu lượng máu đến cầu thận tăng hoặc khi lượng nước tiểu qua ống lượn xa nhiều (Đ/S). Và mỗi nội dung gồm một số câu hỏi, trong đó có nội dung đúng, có nội dung sai. Ví dụ: Các yếu tố nguy cơ dễ gây nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính cho trẻ em là:

- | | | |
|--------------------------------------|---|---|
| 1. Trẻ đẻ non có cân nặng dưới 2500g | Đ | S |
| 2. Trẻ suy dinh dưỡng | Đ | S |
| 3. Trẻ có cơ địa dị ứng | Đ | S |
| 4. Thời tiết lạnh | Đ | S |

Cách cho điểm trong mỗi câu: Cho điểm nếu thí sinh trả lời đúng với nội dung của câu hỏi. Không cho điểm nếu thí sinh không làm câu này (không trả lời). Trừ điểm nếu thí sinh trả lời sai với nội dung. Lưu ý: Nếu tổng điểm của tất cả các câu hỏi thuộc loại đúng sai trong một đề thi là điểm âm thì phải qui về 0 điểm cho loại câu hỏi này. Nghĩa là không lấy điểm âm của loại câu hỏi này trừ vào điểm của các loại câu hỏi khác.

3.4. Câu trả lời ghép cặp

Học viên phải chọn ghép các câu ở cột bên Phải và Trái thành một cặp phù hợp. Khi thiết kế câu hỏi này phải chú ý:

- Đưa ra các chỉ dẫn rõ ràng là phải ghép cặp như thế nào.
- Các vấn đề chọn để ghép phải tương đối giống nhau
- Số lượng ghép cặp hạn chế 4-6 câu
- Cấu trúc câu hỏi gồm:
 - Phần I: là phần chọn trả lời được viết sau các ký tự A; B; C; D hoặc nhiều hơn (buộc phải nhiều lựa chọn hơn phần hỏi ≥ 1).

- Phần II: là phần hỏi được viết sau các số thứ tự 1; 2; 3 hoặc nhiều hơn.

Ví dụ: Kích thước vòng đầu của trẻ em theo các lứa tuổi:

I. Kích thước vòng đầu:		II. Lứa tuổi:
.... A. 34 cm		1. Trẻ sơ sinh
.... B. 40 cm		2. Trẻ 1 tuổi
.... C. 46 cm		3. Trẻ 2 tuổi
.... D. 48 cm		

Cách cho điểm: cho điểm cho câu trả lời đúng, trả lời sai không cho điểm.

3.5. Bài tập tình huống

Cấu trúc: Bài tập tình huống gồm 2 phần:

- Phần tình huống là một đoạn văn mô tả một trường hợp người bệnh có thật trên thực tế hoặc quay một đoạn phim (videoclip) hoặc một hình chụp hay phối hợp các dạng trên.

- Phần câu hỏi: Yêu cầu thí sinh trả lời vào vấn đề gì? câu hỏi đưa ra có thể là câu hỏi mở hoặc câu hỏi có nhiều lựa chọn.

Ví dụ: Ở khoa bạn có hai người bệnh đều tên là Nguyễn Văn Hùng, cùng ở chung một phòng bệnh và hai người bệnh đều được bác sĩ chỉ định tiêm kháng sinh nhưng hai loại thuốc khác nhau. Khi đang tiêm kháng sinh cho một người bệnh mới được $\frac{1}{2}$ khối lượng thuốc cần tiêm, bất chợt bạn nghi ngờ dùng nhầm thuốc tiêm giữa hai người bệnh đều có tên là Hùng.

- Bạn quyết định như thế nào?

- Bạn ứng xử như thế nào trước khi rút bơm tiêm mà trong bơm tiêm vẫn còn thuốc?

- Bạn sẽ giải thích với người bệnh thế nào ngay sau khi rút bơm tiêm?

- Sau khi kiểm tra lại thuốc, bạn xác định mình đã tiêm nhầm thuốc kháng sinh giữa hai người bệnh đều có tên là Hùng.

- Bạn có nghĩ là sẽ thông tin cho người bệnh biết sự thật?

- Bạn sẽ làm gì đối với bệnh nhân?

- Bạn có nghĩ là sẽ báo cáo tình tiết sự việc với bác sĩ

điều trị và điều dưỡng trưởng khoa?

3.6. Điền vào chỗ trống những ý còn thiếu

Các câu hỏi loại này thường dùng để đánh giá kiến thức về các sự kiện và để thiết kế. Tuy nhiên loại câu hỏi này rất khó đánh giá được kiến thức ở mức độ nhận thức. Có thể khó tính điểm nếu trong câu hỏi yêu cầu điền từ 2 ý thiếu trở lên. Khi thiết kế cần lưu ý một số điểm sau:

- Liệt kê đầy đủ các nội dung cho loại câu hỏi này
- Bảo đảm mỗi nội dung điền vào chỗ trống chỉ có một cách trả lời đúng.
- Hạn chế số lượng các câu để trống (tốt nhất là điền một nội dung)

Ví dụ: Điền cho đủ hai tiêu chí thiết yếu của một cuộc lượng giá tốt là:

- Tính tin cậy
-

3.7. Điền cụm từ vào chỗ trống

Dạng câu hỏi này dùng để đánh giá kiến thức, hạn chế sự đoán mò của học viên. Câu hỏi có thể là một câu hay một đoạn văn trọn vẹn hoặc là một sơ đồ, một hình vẽ, trong đó người ra câu hỏi chủ động bỏ đi từ 1 đến 3 cụm từ mấu chốt tạo nên 1 đến 3 chỗ trống để học viên điền những cụm từ đó (từ/cụm từ đã bị bỏ đi) vào.

Ví dụ: Câu 1: Còi xương là một bệnh...(A)...., xảy ra trên một cơ thể mà hệ xương còn đang ở trong giai đoạn...(B)...., liên quan đến rối loạn chuyển hóa Calci – Phospho do...(D)....

3.8. Bảng kiểm

Đánh giá qui trình thực hành kiểu có/không (2 bậc). Cách này dễ thống nhất, khách quan hơn, có thể đánh giá cụ thể từng bước. Nhưng có những nhược điểm như không có điểm, ít phân biệt vì chỉ biết học viên đạt hay không. **Cách đánh giá:** không cộng các kết quả “có” hoặc “không” để có được một tổng số. Nếu học viên làm được mọi thao tác (đánh giá là “có”) hoặc chỉ có các thiếu sót không quan trọng (được qui định và thống nhất đối với những giám khảo) thì được kết luận là đạt. Nếu học viên phạm nhiều sai sót (“không”) hoặc có một sai sót nhưng không chấp nhận được (được qui định và thống nhất đối với những giám khảo) thì được kết luận là không đạt. Như vậy cách đánh giá qua bảng kiểm thể hiện tính “tổng thể” để kết luận.

3.9. Thang điểm

Gồm qui trình thực hành và thang điểm, thang điểm có nhiều bậc để giảm tính chủ quan. Thang điểm có ưu điểm là tính phân biệt tốt hơn, dùng để đánh giá cho điểm thực hành. Tuy nhiên nhược điểm của nó là khó thống nhất đặc biệt khi dùng thang điểm quá 3 bậc. Vì căn cứ vào tổng số điểm nên có thể học viên làm hỏng một thao tác quan trọng mà vẫn được công nhận là đạt.

- Nếu cần đánh giá sản phẩm thì phải dành một số điểm (hoặc toàn bộ) cho sản phẩm.

- Có thể cho điểm theo nhiều cách: thang điểm hẹp cố định (2-1-0). Có thể qui định điểm tối đa cho từng thao tác, thao tác quan trọng thì có hệ số cao. Cách làm thông thường là dùng thang điểm hẹp 3 bậc và qui định hệ số cho các thao tác.

- Không cần quan tâm đến tổng số điểm theo thang điểm 10 mà có thể qui phần trăm để phiên sang điểm 10

- Nếu thang điểm rộng trên 3 bậc hoặc có cho điểm âm thì cần phải tập huấn cẩn thận hoặc qui định rõ về cách cho điểm.

3.10. Cách tính điểm toàn bài

- Cộng điểm của các loại câu hỏi thành điểm toàn bài
- Qui điểm toàn bài về thang điểm 10. Cụ thể mức qui đổi như sau:

Mức % đạt so với điểm tối đa	Qui về điểm theo thang điểm 10
0 - 14	1
15 - 29	2
30 - 44	3
45 - 59	4
60 - 66	5
67 - 73	6
74 - 80	7
81 - 87	8
88 - 94	9
95 - 100	10

4. Đánh giá khóa học

4.1. Mục đích:

- Thu nhận phản hồi của học viên về kết quả lớp học
- Nhằm để cải tiến, thúc đẩy chương trình đào tạo, thông qua việc xác định những điểm yếu, điểm mạnh, phân tích hiệu quả khóa học, xác định nguồn lực cần hỗ trợ... để đưa ra được những đề xuất cải tiến thích hợp

4.2. Nội dung đánh giá

- Về nội dung học tập: các chủ đề, tài liệu học tập, sự cân đối giữa lý thuyết và thực hành, hoạt động ngoại khóa, phương tiện nghe nhìn.
- Giảng viên: nội dung trình bày, phương pháp trình bày
- Công tác tổ chức và hậu cần: thông tin, địa điểm, hội trường, nơi ở, phương tiện đi lại

4.3. Học viên đánh giá khóa học:

- Nội dung phản hồi về mục tiêu khóa học, nội dung khóa học, phương pháp giảng dạy, kiến thức, kỹ năng giảng viên, phương tiện hỗ trợ, quá trình kiểm tra, đánh giá, các gợi ý cho việc cải tiến.
- Phương pháp, nhưng thường dùng là phiếu câu hỏi và đánh giá theo tình huống.
- Chúng ta cần chú ý là không nên đánh giá quá cao ý kiến học viên vào cuối khóa học, cũng như coi đó là chuẩn mực duy nhất của một khóa học, vì vào thời điểm cuối khóa học học viên có tâm trạng hài lòng với kết quả của mình, không muốn tham gia thảo luận về chất lượng của khóa học. Hơn nữa họ cũng thường có tâm lý ngại góp ý giảng viên. Tuy nhiên nếu học viên có những ý kiến đóng góp thì chúng ta cũng nên coi đó là điều hết sức quan trọng.

Một số ví dụ về đánh giá của học viên về khóa học:

Ví dụ 1: Bạn hãy đánh giá mức độ cảm nhận của mình đối với các nội dung dưới đây (1. Rất tốt; 2. Tốt; 3. Trung bình; 4. Chưa đạt).

1) Nhận xét chung:	1	2	3	4
2) Nội dung:	1	2	3	4
3) Phương pháp:	1	2	3	4
4) Phương tiện:	1	2	3	4
5) Tài liệu tham khảo:	1	2	3	4

Ví dụ 2: Bạn muốn thăm dò ý kiến học viên để cải tiến nội dung đào tạo và công tác tổ chức bạn có thể sử dụng một số dạng câu hỏi gợi ý dưới đây:

- Theo bạn, chủ đề nào cần được biên soạn lại cho tốt hơn
- Theo bạn phần nào cần được đề cập, phân tích sâu hơn.....
- Theo bạn cần cải tiến khóa học ở điểm nào.....
- Bạn có những đề xuất nào để cải tiến, nâng cao chất lượng khóa học

Ví dụ 3: Bạn muốn lấy ý kiến đánh giá sâu của học viên về từng chủ đề/bài học trong khóa đào tạo bạn có thể sử dụng gợi ý trong bảng dưới đây (1. Rất tốt; 2. Tốt; 3. Trung bình; 4. chưa đạt). Cần giải thích rõ trước khi phát phiếu thăm dò cho học viên.

Chủ đề	Nội dung	Cách trình bày dễ hiểu	Khả năng ứng dụng	ý nghĩa thực tiễn
Chủ đề	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4
Chủ đề	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4

5. Kết luận

- Lượng giá, đánh giá là một phần quan trọng của quá trình dạy-học.
- Lượng giá và đánh giá cần dựa vào mục tiêu học tập
- Lượng giá phải bảo đảm tính giá trị, tính tin cậy, tính công bằng, tính pháp lý và tính tiện lợi.
- Lượng giá bao hàm quá trình hai chiều: người học đánh giá giảng viên, ban tổ chức và giáo viên đánh giá học viên.
- Giáo viên cần nghiên cứu và làm chủ các phương pháp lượng giá, đánh giá

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn 1 câu trả lời ĐÚNG hoặc ĐÚNG NHẤT cho các câu hỏi bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu tiên câu trả lời được chọn:

Câu 1: Lượng giá là đo lường thành tích học tập của học viên theo các mức độ học tập gồm có:

- A. Kiến thức, thái độ
- B. Kiến thức, kỹ năng
- C. Kỹ năng, thái độ
- D. Kiến thức, kỹ năng, thái độ.

Câu 2: Một trong những mục đích của đánh giá quá trình khoá học là:

- A. Cải tiến việc dạy và học
- B. Thu nhận phản hồi của học viên
- C. Đánh giá năng lực học tập của học viên
- D. Đánh giá thái độ học tập của học viên

Câu 3: Thời điểm của đánh giá quá trình học diễn ra:

- A. Trước khi học
- B. Trong khi học
- C. Ngay sau khi học
- D. Áp dụng nơi làm việc

Câu 4: Yêu cầu về nội dung của đánh giá phải căn cứ vào:

- A. Phương pháp dạy học
- B. Công cụ đánh giá phải phù hợp
- C. Căn cứ vào mục tiêu học tập
- D. Độ khó phải phù hợp

Câu 5: Đâu **KHÔNG** phải là một trong các hình thức lượng giá, đánh giá

- A. Lượng giá, đánh giá liên tục
- B. Lượng giá, đánh giá cuối kỳ
- C. Học viên tự lượng giá
- D. Lượng giá, đánh giá đầu kỳ.

Câu 6: Một trong những mục đích của đánh giá khoá học là:

- A. Cải tiến việc dạy và học
- B. Thu nhận phản hồi của học viên
- C. Thông báo cho học viên về kết quả học tập
- D. Cấp chứng chỉ, chứng nhận.

Câu 7: Loại câu hỏi nào là tối ưu nhất để đánh giá học viên?

- A. Lựa chọn
- B. Trả lời đúng/sai
- C. Trả lời ghép cặp
- D. Điền vào chỗ trống

Câu 8: Phương pháp được lựa chọn để đánh giá lĩnh vực thái độ của học viên là:

- A. Tự đánh giá, phỏng vấn
- B. Vấn đáp, tự lượng giá
- C. Phỏng vấn, quan sát
- D. Tự đánh giá, quan sát thực hành

Câu 9: Phương pháp được lựa chọn để đánh giá lĩnh vực kiến thức của học viên là:

- A. Bài viết ngắn, vấn đáp
- B. Quan sát, phỏng vấn

C. Tự đánh giá, phỏng vấn

D. Tự đánh giá, quan sát thực hành

Câu 10: Phương pháp được lựa chọn để đánh giá lĩnh vực kỹ năng của học viên là:

A. Bài viết ngắn, vấn đáp

B. Quan sát, phỏng vấn

C. Tự đánh giá, phỏng vấn

D. Tự đánh giá, quan sát thực hành

BÀI 13. VAI TRÒ NGHIÊN CỨU KHOA HỌC VÀ THỰC HÀNH

DỰA VÀO BẰNG CHỨNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày định nghĩa về nghiên cứu khoa học và khái niệm thực hành dựa vào bằng chứng.
2. Phân tích được vai trò của nghiên cứu Điều dưỡng.
3. Liệt kê được tầm quan trọng của thực hành chăm sóc dựa vào bằng chứng trong công tác điều dưỡng.
4. Trình bày quy trình các bước từ nghiên cứu, công bố, thực hiện và đánh giá.
5. Trình bày các giải pháp tăng cường nghiên cứu Điều dưỡng và thực hành dựa vào bằng chứng.

NỘI DUNG

1. Định nghĩa về nghiên cứu khoa học

Có nhiều định nghĩa về nghiên cứu khoa học được trình bày ở các sách khác nhau như bách khoa toàn thư, từ điển và trong các sách chuyên đề về nghiên cứu. Những định nghĩa có thể có sự khác biệt về câu từ, nhưng đều có ý nghĩa tương tự. Bách khoa toàn thư trực tuyến Wikipedia định nghĩa nghiên cứu trong các từ sau: nghiên cứu là tìm kiếm kiến thức, hoặc là bất kỳ một điều tra có hệ thống, với một tinh thần cởi mở. Nghiên cứu là quá trình thu thập thông tin có hệ thống và phân tích thông tin để tăng cường sự hiểu biết của chúng ta về hiện tượng/vấn đề được nghiên cứu. Đây là chức năng của nhà nghiên cứu để đóng góp vào sự hiểu biết về hiện tượng này và truyền đạt sự hiểu biết đó đến những người khác.

Các mục tiêu chung của nghiên cứu là: (i) Quan sát và Mô tả; (ii) Dự đoán; (iii) Xác định các nguyên nhân; và (iv) Giải thích.

2. Vai trò của nghiên cứu Điều dưỡng

Nghiên cứu điều dưỡng là một bộ phận của nghiên cứu y học. Mục đích nghiên cứu điều dưỡng nhằm sàng lọc, phát triển và mở rộng kiến thức nghề nghiệp

và dựa vào các bằng chứng tin cậy để cải tiến thực hành điều dưỡng. Nghiên cứu điều dưỡng là môn học về các phương pháp quan sát, can thiệp, diễn giải những hiện tượng, sự vật và hành vi liên quan tới chăm sóc điều dưỡng và trình bày kết quả một cách khách quan, chính xác và hệ thống.

Nghiên cứu điều dưỡng có tầm quan trọng rất lớn trong nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc và phát triển nghề nghiệp, cụ thể là:

2.1. Tạo ra kiến thức mới

Cũng như NCKH nói chung, nghiên cứu điều dưỡng cũng hướng đến tìm ra những kiến thức, hiểu biết mới trong chăm sóc người bệnh nhất là khi chưa có nhiều nghiên cứu trong lĩnh vực này, trong khi nhiều công nghệ mới đang được áp dụng trong y tế. Nghiên cứu điều dưỡng nhằm thay đổi phương pháp chăm sóc, kỹ thuật chăm sóc, cách tiếp cận người bệnh và cộng đồng... Những điều này chỉ có được từ kết quả nghiên cứu khoa học thông qua những bằng chứng và phát minh khoa học.

2.2. Nâng cao chất lượng chăm sóc, an toàn người bệnh và tăng cường hiệu quả chi phí trong lĩnh vực chăm sóc

Nghiên cứu điều dưỡng cũng là phương pháp biến quá trình đào tạo thành quá trình tự đào tạo, đặc biệt sử dụng cho thực hành dựa vào bằng chứng. Kết quả nghiên cứu điều dưỡng là những bằng chứng giúp cho các điều dưỡng viên thực hành chăm sóc an toàn, hiệu quả. Nghiên cứu điều dưỡng cung cấp bằng chứng để nhà quản lý điều dưỡng đưa ra các chính sách, quy định phù hợp nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc và đảm bảo an toàn cho các dịch vụ chăm sóc.

Kết quả từ nhiều công trình nghiên cứu điều dưỡng đã cho thấy bằng những can thiệp trong quản lý điều dưỡng và trong thực hành chăm sóc điều dưỡng đã mang lại những hiệu quả trong quản lý như sử dụng nguồn lực hợp lý và hiệu quả hơn và trong chăm sóc người bệnh như: giảm tỷ lệ tai biến, biến chứng người bệnh nhanh hồi phục, rút ngắn thời gian nằm viện... thông qua đó đã giảm chi phí trong lĩnh vực chăm sóc người bệnh và làm cho các nguồn lực của bệnh viện được sử dụng một cách hiệu quả nhất.

2.3. Khẳng định giá trị vị thế và uy tín nghề nghiệp

Theo quan niệm mới điều dưỡng là một ngành khoa học, ngày nay trên thế giới đã có nhiều điều dưỡng có trình độ tiến sỹ và được phong hàm giáo sư. Ở những nước này người điều dưỡng, hộ sinh thực hiện nghiên cứu khoa học là một chuyện tất nhiên. Tại Việt Nam ngành điều dưỡng còn non trẻ so với thế giới, đối tượng điều dưỡng có trình độ đại học và sau đại học còn rất ít vì vậy người điều dưỡng cần phải tăng cường thực hiện nghiên cứu khoa học điều dưỡng để phát triển kiến thức nghề nghiệp, đồng thời chứng tỏ sự đóng góp của mình sẽ tạo ra sự khác biệt trong chăm sóc sức khỏe nhân dân. Như vậy, nghiên cứu điều dưỡng không những góp phần tăng cường uy tín nghề nghiệp mà còn làm cho xã hội đánh giá đúng mức giá trị của các dịch vụ chăm sóc và vị thế của người điều dưỡng.

3. Thực hành dựa vào bằng chứng

3.1. Khái niệm

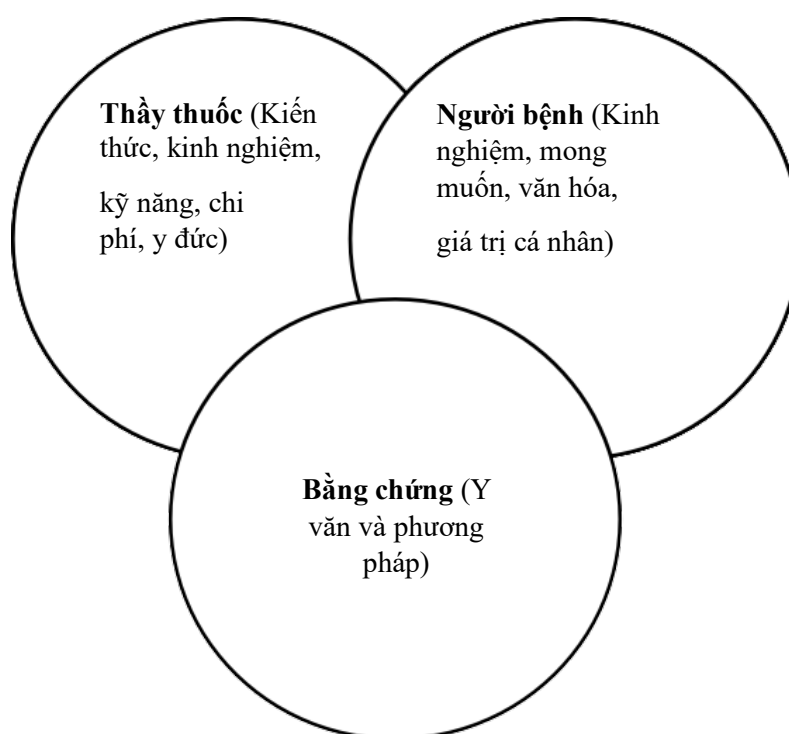
Khái niệm “bằng chứng” được giải thích liên quan đến quan niệm về sự chứng thực và tính hợp lý dưới dạng kết quả thực nghiệm (Scott and McSherry, 2008). Khái niệm thực hành dựa vào bằng chứng là sự kết hợp những bằng chứng hiện tại tốt nhất, kinh nghiệm lâm sàng với mong muốn của người bệnh để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tốt nhất tới người bệnh.

Vậy thế nào là bằng chứng khoa học? Bằng chứng khoa học là những dữ liệu rút ra từ những nghiên cứu đã qua thẩm định và được công bố trên các tạp san y học chuyên môn (được nhiều người thừa nhận). Bằng chứng khoa học cũng được phân loại theo mức độ tin cậy từ cao đến thấp như sau:

- Bằng chứng từ nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đối chứng
- Bằng chứng từ nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên
- Bằng chứng từ nghiên cứu từ tổng quan y văn có hệ thống
- Bằng chứng từ nghiên cứu bệnh chứng
- Bằng chứng từ nghiên cứu mô tả, ...

Thực hành y học dựa trên bằng chứng đòi hỏi sự tích hợp của chứng cứ tốt nhất từ các nghiên cứu khoa học với kinh nghiệm lâm sàng của chúng ta vào tình huống cụ thể của người bệnh. Theo David Sackett thì Y học dựa trên bằng chứng là: “Thực hành dựa vào bằng chứng là một phương pháp thực hành dựa vào phối hợp kỹ năng lâm sàng với bằng chứng khoa học nhằm đem lại lợi ích tốt nhất cho người

bệnh". Trong thực hành y học hiện tại và quá khứ, các quyết định lâm sàng đưa ra do bác sĩ, điều dưỡng quyết định. Trong thực hành y học dựa trên bằng chứng, tất cả các quyết định can thiệp lâm sàng phải dựa vào 3 yếu tố là kinh nghiệm và kiến thức của người hành nghề và bằng chứng trong y văn cùng với sự lựa chọn của người bệnh như được minh họa ở Sơ đồ 3.1.



Sơ đồ 3.1: Các thành tố của thực hành y học dựa vào bằng chứng
(Theo Sackett D, Haynes RB, et al)

Với sơ đồ này chúng ta có thể hiểu thực hành y học dựa vào bằng chứng là: vận dụng một cách thận trọng, chính xác và rõ ràng tất cả các dữ liệu nghiên cứu tốt nhất thu được hiện có, kết hợp với kinh nghiệm và kiến thức của thầy thuốc, cùng với tham khảo nguyện vọng và yêu cầu của người bệnh để đưa ra biện pháp điều trị hữu hiệu cho từng người bệnh cụ thể thông qua việc chuyển nhu cầu thông tin/sự hiểu biết của chúng ta thành câu hỏi có thể trả lời được và sau đó đi tìm những thông tin tốt nhất để trả lời cho câu hỏi đó”.

3.2. Quy trình thực hành dựa vào bằng chứng

Thực hành dựa vào bằng chứng gồm 5 bước sau:

- Bước 1: Phát hiện tình huống/vấn đề và chuyển thành câu hỏi có thể trả lời được.

- Bước 2: Tìm kiếm bằng chứng “tốt nhất”.
- Bước 3: Đánh giá nghiêm túc những kết quả nghiên cứu được lựa chọn.
- Bước 4: Tích hợp bằng chứng với kiến thức và kinh nghiệm lâm sàng và các ưu tiên của người bệnh để áp dụng giải quyết tình huống đó.
- Bước 5: Đánh giá hiệu quả việc dùng bằng chứng về việc tiến hành các bước từ 1 đến 4 để cải thiện cho lần sau.

Lưu ý: diễn dịch một vấn đề lâm sàng thành một câu hỏi có thể trả lời được là một việc làm hết sức quan trọng và là vấn đề mấu chốt trong quy trình thực hành dựa vào bằng chứng. Những câu hỏi tốt nên có 4 phần (PICO):

- Người bệnh (Patient): là ai?, mắc bệnh gì?
- Can thiệp (Intervention): dùng thuốc, phương pháp chăm sóc, xét nghiệm, có yếu tố nguy cơ, v.v...
- So sánh (Comparison): So sánh với phương pháp khác.
- Kết quả đầu ra (Outcome): chỉ số lâm sàng, thời gian nằm viện...

3.3. Áp dụng thực hành dựa vào bằng chứng

Có ba kiểu áp dụng y học dựa trên bằng chứng vào lâm sàng.

- Kiểu “làm” (“doing” mode) nghĩa là thực hiện ít nhất 4 bước từ 1-4, ví dụ khi gặp một tình huống, chúng ta cần những chứng cứ mới nhất và phải rất chắc chắn về những gì chúng ta làm, do đó chúng ta sẽ đầu tư thời gian tìm kiếm tài liệu (bước 2) và đánh giá giá trị của tài liệu (bước 3) để có thể áp dụng chắc chắn vào lâm sàng.
- Kiểu “dùng” (“using mode) nghĩa là chúng ta chỉ sử dụng những nguồn tài liệu đã được đánh giá (bỏ qua bước 2,3), chúng ta sẽ áp dụng những kiến thức đã được đánh giá là có giá trị để tiết kiệm thời gian (do đó chúng ta bỏ qua bước 2,3) (bước 4).
- Kiểu “lặp lại” (Iterated mode) nghĩa là chỉ lặp lại ý kiến của những người đi trước có kinh nghiệm. Chúng ta thường hỏi ý kiến những chuyên gia của các chuyên khoa liên quan mà không mấy may thắc mắc nguồn gốc của thông tin họ có được (trích dẫn từ đâu? Nguồn trích dẫn có giá trị không?). Kiểu “lặp lại” này rất hay xảy ra tại bệnh viện hiện nay.

4. Tầm quan trọng của thực hành chăm sóc dựa vào bằng chứng trong công tác điều dưỡng.

- Mang lại kết quả chăm sóc tốt hơn cho người bệnh để đạt được mục tiêu cung cấp dịch vụ y tế hiệu quả cùng với việc tiết kiệm chi phí.
- Đóng góp vào khoa học điều dưỡng
- Giữ cho thực hành luôn được cập nhật và phù hợp với thực tế
- Tăng sự tự tin trong việc ra quyết định thực hành chăm sóc.
- Các chính sách y tế và quy trình luôn được cập nhật với thực tế hiện tại từ kết quả của các nghiên cứu mới nhất.
- Lòng ghép thực hành dựa vào bằng chứng vào thực hành điều dưỡng là cần thiết để nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh.

5. Quy trình các bước từ nghiên cứu, công bố, thực hiện và đánh giá

5.1. Quy trình các bước của nghiên cứu khoa học

5.1.1. Xác định vấn đề nghiên cứu khoa học

Đề tài nghiên cứu chính là vấn đề đang tồn tại quanh chúng ta, là vấn đề bức xúc đòi hỏi sự giải quyết và có thể giải quyết được. Muốn lựa chọn được một đề tài nghiên cứu để có thể bắt tay vào viết đề cương nghiên cứu thường phải trải qua các bước sau:

- Chọn lĩnh vực nghiên cứu, chủ đề nghiên cứu và vấn đề nghiên cứu
- Tham khảo tài liệu khoa học có liên quan
- Phân tích vấn đề nghiên cứu
- Lựa chọn ưu tiên cho một đề tài nghiên cứu

5.1.2. Tìm tài liệu tham khảo

Tham khảo tài liệu là phần việc rất quan trọng, góp phần vào sự thành công của công trình nghiên cứu. Việc tra cứu các tài liệu tham khảo phải được tiến hành thường xuyên. Nó diễn ra trước khi nghiên cứu, trong khi làm đề cương nghiên cứu, trong khi tổ chức triển khai đề tài và ngay cả khi ngồi viết báo cáo tổng kết đề tài.

Trước hết phải tìm hiểu tất cả những tài liệu liên quan đã công bố ở trong nước và ngoài nước. Đôi khi cũng phải tìm hiểu cả những thông tin chưa công bố của các

nhà khoa học đang nghiên cứu về những vấn đề liên quan đến đề tài nghiên cứu của mình.

Cần phải có ý thức tiếp thu hết sức nghiêm túc và khách quan khi tham khảo tài liệu, không nên có định kiến với bất kỳ một thông tin nào. Chắc chắn không một nhà khoa học nào có thể thành đạt được, nếu không biết kế thừa trí tuệ của những người đã làm trước mình về những vấn đề có liên quan đến việc mình sắp làm.

Khi tham khảo tài liệu cần tổng hợp và xử lý thông tin trả lời cho 10 câu hỏi dưới đây:

- Những ai đã quan tâm đến vấn đề này?
- Họ đã làm những gì?
- Họ nghiên cứu bao giờ?
- Họ nghiên cứu ở đâu?
- Họ nghiên cứu trong điều kiện như thế nào?
- Phương pháp nghiên cứu của họ như thế nào?
- Họ đã thành công đến đâu?
- Trong các mục đích nghiên cứu, có mục đích nào chưa đạt?
- Tại sao mục đích đó chưa đạt?
- Những gì họ chưa quan tâm giải quyết?

Trong quá trình tham khảo tài liệu, một số khả năng có thể xảy ra:

- Có thể tìm ra những điều lý thú, mở đường cho sự thành công của chúng ta. Trong thực tế, không ít những tư liệu khoa học của các tác giả đã chứa đựng những nhân tố, những tiền đề để khám phá, nhưng vì lý do nào đó mà họ đã vô tình bỏ qua hoặc không quan tâm đến.
- Có thể cần phải kiểm định lại một vài kết quả nghiên cứu của mình trước đó hoặc của tác giả khác bằng phương pháp khác, kỹ thuật khác và môi trường khác (môi trường tự nhiên, xã hội).
- Cũng có thể phải từ bỏ đề tài nghiên cứu của mình vì vấn đề mình nêu ra để nghiên cứu đã được các tác giả giải quyết một cách thỏa đáng.

5.1.3. Cách viết đặt vấn đề

Một đề cương nghiên cứu bao giờ cũng được bắt đầu bằng phần đặt vấn đề. Đặt vấn đề là nền tảng cho việc xây dựng đề cương nghiên cứu, là cái nhìn chung nhất

về vấn đề nghiên cứu, cho biết tại sao vấn đề này được nghiên cứu, câu hỏi nghiên cứu là gì và từ việc giải đáp câu hỏi nghiên cứu chúng ta sẽ gặt hái được những kết quả gì. Điều này đóng vai trò rất quan trọng khi chúng ta trình bày nghiên cứu cho các thành viên của cộng đồng, các nhân viên, cán bộ và lãnh đạo ngành y tế hoặc những cá nhân/ hội đồng đóng vai trò quyết định đề cương nghiên cứu có được thông qua hay không.

Bố cục cơ bản của một phần đặt vấn đề:

Đoạn đầu của phần đặt vấn đề nên trình bày một cách khái quát về chủ đề. Nó tương đương với việc tóm lược các hiểu biết với nghĩa đen của thuật ngữ này dành cho người đọc không biết về chủ đề nghiên cứu.

Đoạn thứ hai của phần đặt vấn đề phải tập trung vào yếu tố riêng biệt được đề cập tới trong công trình nghiên cứu bằng cách giải thích vấn đề mà nó đặt ra: tình hình các nghiên cứu trước đây, các kết quả trái ngược với các công trình đã đăng, vấn đề chưa được ai đề cập đến, sử dụng những biện pháp chẩn đoán hay điều trị cải tiến....

Đoạn thứ ba nêu gọn trong một hay hai câu mục đích của công trình: ví dụ làm sáng tỏ một mặt còn tranh cãi của vấn đề, bổ khuyết một lỗ hổng trong kiến thức hay thử nghiệm một giả thuyết. Phần thứ 3 này có thể bắt đầu bằng những câu như “mục đích đề tài của chúng tôi là...” hay “Mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi là...” Nếu phần đặt vấn đề được viết tốt, câu này phải là kết quả hợp lý của những phần trước đó.

Ngoài ra, tác giả có thể bổ sung những thông tin liên quan khác về địa bàn, đối tượng nghiên cứu... để củng cố sự cần thiết và tầm quan trọng của đề tài. Các câu hỏi nên được lồng ghép trả lời trong các phần của đặt vấn đề.

Tóm lại, Một phần đặt vấn đề được coi là tốt khi tất cả những người đọc đều hiểu tại sao nghiên cứu được thực hiện và mục đích của nó là gì.

5.1.4. Cách viết mục tiêu nghiên cứu

Mục tiêu nghiên cứu là phần tóm tắt nhất những gì mà nghiên cứu mong muốn đạt được. Nó liên quan chặt chẽ với phần đặt vấn đề và phải phù hợp với tên đề tài nghiên cứu, với nhiệm vụ của đề tài nghiên cứu.

Mục tiêu phải được xác định sao cho phù hợp với Nội dung và khả năng giải quyết của đề tài. Không thể nêu ra Mục tiêu theo ý muốn chủ quan mà Nội dung và khả năng của đề tài không thể giải quyết được.

Mục tiêu nghiên cứu giúp cho nhà nghiên cứu: xác định rõ Nội dung nghiên cứu, tránh thu thập thông tin thừa và định hướng cho việc phân tích và báo cáo kết quả nghiên cứu.

Mỗi đề tài thường đưa ra Mục tiêu chung (Mục tiêu tổng quát) và các Mục tiêu cụ thể. Mục tiêu tổng quát là sự khái quát điều mà nghiên cứu mong muốn đạt được. Đôi khi Mục tiêu tổng quát được phản ánh bởi chính tên đề tài nghiên cứu. Các Mục tiêu cụ thể cần đề cập một cách hệ thống, đầy đủ những khía cạnh khác nhau của vấn đề và các yếu tố chủ yếu ảnh hưởng hoặc gây ra vấn đề.

5.1.5. Cách viết tổng quan tài liệu:

Trên thực tế, các nghiên cứu định lượng được tiến hành và phát triển trên nền các lý thuyết hoặc các nghiên cứu liên quan đã được tiến hành. Người ta ước tính mỗi ngày có khoảng 6000 bài báo nghiên cứu khoa học điều dưỡng được đăng tải, cứ sau 5 năm thì số số lượng đề tài nghiên cứu lại tăng gấp đôi 5 năm trước, số nội san điều dưỡng tăng gấp 575% kể từ năm 1961 (Naisbitt & Aburdene, 1990). Các báo cáo kết quả nghiên cứu được công bố trên các nội san nghề nghiệp, các kỷ yếu công trình nghiên cứu hoặc đăng tải trên mạng Internet. Công việc tổng quan tài liệu chủ yếu được thực hiện ở giai đoạn đầu của quá trình nghiên cứu và một phần ở giai đoạn viết báo cáo.

Mục đích tổng quan tài liệu tham khảo nhằm: (1) để cập nhật kiến thức về vấn đề nghiên cứu; (2) để định hướng cho đề tài nghiên cứu; (3) để cung cấp cho người đọc những kiến thức cơ bản về vấn đề nghiên cứu; (4) để trích dẫn các dữ liệu có bằng chứng khoa học nhằm làm tăng sự tin cậy cho người đọc.

Người làm nghiên cứu cần tìm nguồn tài liệu tham khảo trước khi thực hiện công việc viết tổng quan tài liệu. Nguồn tài liệu tham khảo bao gồm các báo cáo nghiên cứu đã được công bố trên các nội san, kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học, các văn bản chính thức và các báo cáo nghiên cứu chưa được công bố như các luận văn thạc sĩ, tiến sĩ v.v... Người ta phân loại tài liệu tham khảo thành hai loại, tài liệu gốc và tài liệu không chính gốc. Tài liệu gốc (primary sources) là tài liệu do

chính tác giả viết và chịu trách nhiệm về các tài liệu mà mình công bố. Tài liệu không chính gốc (secondary sources) là tài liệu tóm tắt hoặc trích dẫn Nội dung của nguồn tài liệu gốc; nói một cách khác, tác giả của nguồn tài liệu không chính gốc diễn giải lời văn của nhà nghiên cứu ban đầu hay học giả ban đầu và vì thế nó có thể bị sai lệch theo quan điểm của người diễn giải. Do đó, nguồn trích dẫn trong các báo cáo nghiên cứu nên sử dụng nguồn tài liệu gốc và chỉ sử dụng nguồn tài liệu không chính gốc khi không tìm được nguồn tài liệu gốc.

Một số gợi ý cho nghiên cứu viên khi tìm và đọc tài liệu tham khảo. Nghiên cứu viên sau khi đã có các tài liệu tham khảo cập nhật và phù hợp, bạn có thể sử dụng các câu hỏi gợi ý dưới đây để đánh giá khi bạn đọc từng phần của tài liệu tham khảo.

Bảng 1. Một số câu hỏi gợi ý khi đọc tài liệu tham khảo

Nội dung	Câu hỏi tự trả lời
Vấn đề nghiên cứu	Có hấp dẫn và lý thú không? Có liên quan đến đề tài của bạn không?
Tóm tắt nghiên cứu	Kết quả có phục vụ cho nghiên cứu của bạn không? Bạn có muốn biết thêm về nghiên cứu này không?
Phần giới thiệu	Vì sao tác giả thực hiện nghiên cứu này? Câu hỏi nghiên cứu là gì? Các biến số chính là gì? Có dựa trên giả thuyết nghiên cứu nào không? Các tài liệu tham khảo có cập nhật không? Có sử dụng tài liệu tham khảo từ các chuyên gia không?
Mẫu nghiên cứu	Quy trình chọn mẫu như thế nào?

Nội dung	Câu hỏi tự trả lời
	Mẫu nghiên cứu có đại diện được cho quần thể? Cách chọn mẫu có tác động đến kết quả không? Cỡ mẫu có phù hợp không?
Thu thập dữ liệu	Dữ liệu nào đã thu thập? Thu thập dữ liệu đó như thế nào? Độ tin cậy của công cụ thu thập dữ liệu? Môi trường có ảnh hưởng đến độ chính xác của dữ liệu?
Phân tích dữ liệu	Phương pháp phân tích nào đã sử dụng? Kết quả chính là gì?
Phản bàn luận	Bạn có đồng tình với quan điểm của tác giả không? Kết quả nghiên cứu có thống nhất với các nghiên cứu trước đây? Nếu không có giải thích vì sao không? Các suy luận có ý nghĩa lý thuyết và thực hành không? Bạn có suy luận khác không? Các khuyến cáo có áp dụng trong thực tế không? Bạn có thể áp dụng khuyến cáo đó trong thực hành không? Những điểm mạnh và yếu của nghiên cứu đó là gì?

Sau khi đọc các tài liệu tham khảo, tác giả cần ghi tóm tắt Nội dung các tài liệu tham khảo. Viết tóm tắt tài liệu tham khảo sao cho ngắn gọn, cụ thể, khách quan và thu hút được người đọc. Dưới đây là một số gợi ý:

- Sắp xếp các kiến thức từ tài liệu tham khảo theo từng phần cụ thể.
- Trong mỗi phần sắp xếp thứ tự tài liệu có thể từ trước đây cho tới tài liệu tham khảo gần đây nhất.
- Mỗi tài liệu tham khảo nên viết ngắn gọn mục đích, phương pháp, mẫu nghiên cứu và kết quả nghiên cứu chính.
- Nội dung từ tài liệu nguồn nên tóm tắt và diễn giải bằng ngôn ngữ riêng của bạn một cách trung thực và không bóp méo.
- Cần nêu rõ điểm mạnh, điểm yếu của tài liệu tham khảo nhưng không nên có thái độ chỉ trích.
- Phần tóm tắt phải tổng hợp các kết quả nghiên cứu chính một cách chính xác, kể cả những kiến thức chưa biết hay còn tranh cãi.

5.1.6. Phương pháp nghiên cứu khoa học

- Các phương pháp nghiên cứu khoa học

Căn cứ vào mục đích nghiên cứu, thiết kế nghiên cứu, người ta đưa ra các cách phân loại nghiên cứu khác nhau như:

- + Nghiên cứu cơ bản (basic research)
- + Nghiên cứu ứng dụng (applied research)
- + Nghiên cứu thử nghiệm (experimental research)
- + Nghiên cứu không thử nghiệm (non experimental research)
- + Nghiên cứu định tính (quantitative research)
- + Nghiên cứu định lượng (qualitative research).

Để phục vụ cho mục đích nghiên cứu và áp dụng phổ biến trong lĩnh vực điều dưỡng. Tài liệu này chỉ tập trung trình bày về nghiên cứu y học (dịch tễ học).

5.1.7. Xây dựng công cụ thu thập số liệu

Công cụ thu thập số liệu của nghiên cứu có thể tự xây dựng hoặc sử dụng/chỉnh sửa từ những bộ công cụ của những nghiên cứu trước đã được đăng tải trên các tạp chí khoa học/hội thảo trong và ngoài nước. Nếu bộ công cụ tự xây dựng thì khi đặt câu hỏi nên cần có những lưu ý sau:

- Tránh dùng các câu hỏi dẫn đường cho sự trả lời (leading question). Ví dụ: ông bà đang lo lắng về cuộc phẫu thuật trong ngày mai phải không? Hoặc ông bà sẽ uống thuốc chứ? Loại câu hỏi này thường đưa đến câu trả lời có thể đoán trước được.
- Một bộ câu hỏi nên phân chia thành từng nhóm chủ đề có trình tự, logic để dễ hỏi, dễ trả lời.
- Cần sử dụng từ ngữ đơn giản, dễ hiểu và phù hợp với ngôn ngữ địa phương để đặt câu hỏi.
- Mỗi câu hỏi chỉ nên chọn một trả lời.
- Bộ công cụ tự xây dựng phải được kiểm định tính giá trị và độ tin cậy trước khi sử dụng vào nghiên cứu.
- Độ dài của bộ câu hỏi phỏng vấn không nên kéo dài quá 30 phút.

5.1.8. Cách viết kết quả, tiến độ, kinh phí

- Cách viết dự kiến kết quả
 - + Đối với kết quả định lượng: lập các bảng trống dự kiến cho kết quả nghiên cứu theo từng mục tiêu. Các bảng trống này có tiêu đề, các hàng cột nêu rõ chỉ tiêu, biến số nghiên cứu. Nêu các thuật toán thống kê sử dụng trong khi phân tích số liệu.
 - + Đối với kết quả định tính: Dự kiến các nhóm chủ đề sẽ phân tích theo mục tiêu nghiên cứu.
 - + Lưu ý: Các nội dung trong dự kiến kết quả cần được thể hiện, logic với nội dung trong bảng biến số, khung lý thuyết và công cụ thu thập.
- Cách viết tiến độ:

Bảng 2. Mẫu bảng tiến độ nghiên cứu

STT	Nội dung thực hiện	Thời gian thực hiện
1		
2		
3		
4		
5		

- Cách viết dự kiến dự trù kinh phí nghiên cứu

Bảng 3: Dự trù kinh phí nghiên cứu

STT	NỘI DUNG	DIỄN GIẢI	THÀNH TIỀN (đồng)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
	Tổng cộng		

(Bảng chữ:)

5.1.9. Xây dựng đề cương nghiên cứu hoàn chỉnh

Đề cương nghiên cứu nhằm mục đích thuyết phục người khác rằng bạn có một dự án nghiên cứu có giá trị và bạn có đủ năng lực và đã có kế hoạch cụ thể để hoàn thành nghiên cứu đó. Nói chung, một đề cương nghiên cứu bao gồm tất cả các yếu tố chính liên quan đến trong quá trình nghiên cứu và bao gồm đầy đủ thông tin cho độc giả đánh giá đề xuất nghiên cứu

Bất kể khu vực nghiên cứu và phương pháp mà bạn chọn, một đề cương nghiên cứu phải giải quyết các câu hỏi sau: lý do tại sao bạn muốn làm điều đó và làm thế nào bạn sẽ làm điều đó, kế hoạch để hoàn thành. Do vậy đề cương cần phải có đầy đủ thông tin để thuyết phục độc giả, đặc biệt là cơ quan phê duyệt đề cương của bạn hoặc cơ quan mà bạn muốn xin tài trợ kinh phí cho nghiên cứu rằng bạn có một ý tưởng nghiên cứu quan trọng. Thông qua đề cương nghiên cứu, người viết đề cương cần phải chứng minh thuyết phục người khác rằng nghiên cứu này sẽ rất cần thiết và có nghĩa ví dụ đóng góp để tìm hiểu về một vấn đề sức khỏe công cộng hay một về đề gì đó đang thu hút sự quan tâm. Bạn cũng phải chứng tỏ rằng bạn hiểu biết và nắm bắt tốt các tài liệu có liên quan và các vấn đề lớn, và rằng phương pháp tiến hành nghiên cứu của bạn là hoàn toàn chắc chắn, tin cậy.

Tuy nhiên chất lượng của đề cương nghiên cứu của bạn phụ thuộc không chỉ vào chất lượng của đề xuất nghiên cứu của bạn, mà còn vào chất lượng của bản đề cương (cách viết, cách hành văn) mạch lạc, rõ ràng và hấp dẫn. Một đề cương nghiên cứu đầy đủ phải không quá dài nhưng cũng không được quá ngắn và nên trình bày với những nội dung sau:

1. Tiêu đề
2. Giới thiệu tóm tắt
3. Cơ sở nền tảng của vấn đề và nêu vấn đề
4. Câu hỏi nghiên cứu hoặc giả thuyết, mục đích và mục tiêu nghiên cứu
5. Thiết kế nghiên cứu (loại nghiên cứu)
6. Đối tượng/Quần thể nghiên cứu và mẫu nghiên cứu
7. Phương pháp thu thập dữ liệu và công cụ
8. Phương pháp phân tích dữ liệu.
9. Phương thức đảm bảo chất lượng của nghiên cứu này
10. Kiểm soát sai số và bảo đảm an toàn số liệu.
11. Thời gian biểu để hoàn thành nghiên cứu.
12. Thành phần tham gia trong nghiên cứu và vai trò của họ của từng thành phần.
13. Khía cạnh đạo đức
14. Nguồn lực cần thiết cho nghiên cứu, bao gồm cả tài chính.
15. Tài liệu tham khảo
16. Phụ lục (bản sao của các hình thức câu hỏi sự đồng ý, v.v).

6. Giải pháp tăng cường nghiên cứu điều dưỡng

Để tăng cường nghiên cứu điều dưỡng, cần thực hiện nhiều giải pháp đồng bộ như sau:

6.1. Đào tạo về phương pháp nghiên cứu điều dưỡng

Cũng như cán bộ của những ngành nghề khác khi làm nghiên cứu khoa học họ đã được trang bị kiến thức, phương pháp luận về nghiên cứu khoa học, vì vậy để người điều dưỡng tự tin thực hiện nghiên cứu khoa học thì cần đào tạo để tạo khả năng nghiên cứu. Hiện nay, các chương trình đào tạo điều dưỡng cao đẳng và đại học đều đã được bổ sung thêm học phần Nghiên cứu điều dưỡng. Ngoài ra, các lớp học

ngắn hạn về phương pháp nghiên cứu điều dưỡng do Hội điều dưỡng Việt Nam, các Sở Y tế và các bệnh viện tổ chức chắc chắn sẽ không chỉ tạo năng lực nghiên cứu mà còn thúc đẩy điều dưỡng bắt tay vào làm nghiên cứu.

6.2. Tăng cường thực hành dựa vào bằng chứng (Evidence Based Practice)

Thực hành y học dựa vào bằng chứng chẳng những mang lại lợi ích, hiệu quả trong điều trị, chăm sóc người bệnh, không những vậy thực hành dựa vào bằng chứng còn làm cho người thực hành nhận thấy tầm quan trọng, ý nghĩa của nghiên cứu khoa học để cung cấp bằng chứng cho cải thiện thực hành điều dưỡng lâm sàng từ đó sẽ hăng hái hơn, có động lực rõ rệt hơn để thực hiện nghiên cứu khoa học.

6.3. Tăng cường phổ biến kết quả nghiên cứu

Kinh nghiệm của một số địa phương của Việt Nam cho thấy tăng cường phổ biến kết quả nghiên cứu là một hình thức tốt để khuyến khích người điều dưỡng tham gia nghiên cứu khoa học. Việc sử dụng các kênh thông tin như: nội san, tạp chí chuyên ngành, Internet, Website là các phương tiện truyền thông rất có hiệu quả để tăng cường phổ biến và sử dụng kết quả nghiên cứu một cách nhanh chóng và rộng rãi. Ngoài ra, tổ chức các Hội nghị nghiên cứu khoa học điều dưỡng ở các cấp là một giải pháp quan trọng không những để phổ biến các kết quả nghiên cứu, khuyến khích áp dụng các kết quả nghiên cứu vào thực hành mà còn là một diễn đàn để người điều dưỡng có cơ hội trao đổi, chia sẻ và học tập kinh nghiệm về nghiên cứu khoa học và đây cũng là biện pháp tạo động cơ, khuyến khích người điều dưỡng tích cực hơn trong nghiên cứu khoa học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Bộ Y tế, Cục quản lý khám chữa bệnh. Dự án tăng cường chất lượng nguồn nhân lực trong khám chữa bệnh, 2012.
2. Bộ Y tế, Cục quản lý khám chữa bệnh. Tài liệu đào tạo Quản lý điều dưỡng, Cục QLKCB-JICA, 2012.

Tiếng Anh

1. Barnsteiner, J.H. (2009) American Association of Colleges Evidence Based practice. Retrieved from QSEN.
2. Labrague, L. J., McEnroe, P. D., D’Souza, M. S., Cecily, H. S. J., Fronda, D. C., Edet, O. B., Ibebuike, J. E., Venkatesan, L., Almazan, J. U., Al Amri, M., Mirafuentes, E. C., Cayaban, A. R. R., Al Yahyaei, A., & Bin Jumah, J. A. (2019). A Multicountry Study on Nursing Students’ Self-Perceived Competence and Barriers to Evidence-Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(3), 236–246.
3. Nguyen, T.N.M & Wilson, A. (2016) Hospital readiness for undertaking evidence-based practice: A survey. *Nursing & Health Sciences*, 18 (4), p465-472.
4. Stewart, K. R. (2017). SBAR, Communication, and Patient Safety: An Integrated Literature Review. *MEDSURG Nursing*, 26(5), 297–305.
5. Van Giang, N., Lin, S.-Y., & Thai, D. H. (2020). A psychometric evaluation of the Vietnamese version of the Evidence-Based Practice Attitudes and Beliefs Scales. *International Journal of Nursing Practice*, e12896. <https://doi-org.libdata.lib.ua.edu/10.1111/ijn.12896>
6. Scott K, McSherry R. Evidence-based nursing: Clarifying the concepts for nurses in practice. *J Clin Nurs*. 2009;18(8):1085-1095.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn 1 câu trả lời ĐÚNG hoặc ĐÚNG NHẤT cho các câu hỏi bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu tiên câu trả lời được chọn:

Câu 1: Một trong những vai trò của nghiên cứu điều dưỡng là:

- A. Nâng cao chất lượng chăm sóc, an toàn người bệnh
- B. Nâng cao hiệu quả trong quản lý
- C. Phát hiện và giảm tỷ lệ biến chứng trong chăm sóc
- D. Tăng cường uy tín nghề nghiệp của điều dưỡng

Câu 2: Khái niệm thực hành dựa vào bằng chứng là:

- A. Sự kết hợp những bằng chứng, kinh nghiệm lâm sàng với mong muốn của người bệnh để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tốt nhất tới người bệnh.
- B. Sự kết hợp những bằng chứng, kinh nghiệm lâm sàng với mong muốn của người bệnh để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe toàn diện tới người bệnh
- C. Sự kết hợp những bằng chứng hiện tại, kinh nghiệm lâm sàng với mong muốn của người bệnh để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe toàn diện tới người bệnh.
- D. Sự kết hợp những bằng chứng hiện tại tốt nhất, kinh nghiệm lâm sàng với mong muốn của người bệnh để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tốt nhất tới người bệnh.

Câu 3: Khái niệm bằng chứng khoa học là những dữ liệu rút ra từ:

- A. Những nghiên cứu đã qua thẩm định và được công bố trên các tạp san y học chuyên môn.
- B. Những nghiên cứu đã qua thẩm định và chưa được công bố trên các tạp san y học chuyên môn.
- C. Những nghiên cứu đang được thẩm định và chưa được công bố trên các tạp san y học chuyên môn.

D. Những kinh nghiệm lâm sàng của những người điều dưỡng có chuyên môn cao trực tiếp tham gia chăm sóc người bệnh.

Câu 4: Thành tố **KHÔNG** được đề cập tới của thực hành y học dựa vào bằng chứng gồm:

- A. Thầy thuốc
- B. Người bệnh
- C. Bằng chứng
- D. Môi trường

Câu 5: Tổng số bước trong quy trình thực hành dựa vào bằng chứng là:

- A. 3
- B. 4
- C. 5
- D. 6

Câu 6: Đâu **KHÔNG** phải là kiểu áp dụng y học dựa trên bằng chứng vào lâm sàng:

- A. Kiểu “làm”
- B. Kiểu “dùng”
- C. Kiểu “lặp lại”
- D. Kiểu “học”.

Câu 7: Tổng số bước trong quy trình các bước nghiên cứu khoa học gồm có:

- A. 5
- B. 7
- C. 9
- D. 11

Câu 8: Một trong những giải pháp tăng cường nghiên cứu điều dưỡng là:

- A. Tăng cường thực hành dựa vào bằng chứng
- B. Thường xuyên đào tạo và cập nhật kiến thức mới
- C. Khuyến khích điều dưỡng thực hành chăm sóc
- D. Nâng cao năng lực của người điều dưỡng.

Câu 9: Ý nghĩa của nghiên cứu khoa học để cung cấp:

- A. Thông tin để nâng cao thực hành chăm sóc
- B. Bằng chứng cho cải thiện thực hành điều dưỡng lâm sàng
- C. Bằng chứng để chia sẻ và học tập kinh nghiệm về nghiên cứu khoa học
- D. Thông tin để khuyến khích người điều dưỡng tích cực hơn trong nghiên cứu.

Câu 10: Bằng chứng khoa học từ loại nghiên cứu nào được đánh giá có mức độ tin cậy cao nhất?

- A. Nghiên cứu mô tả
- B. Nghiên cứu tổng quan y văn có hệ thống
- C. Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên
- D. Nghiên cứu ca bệnh

BÀI 14. XÂY DỰNG HƯỚNG DẪN THỰC HÀNH CHĂM SÓC

DỰA VÀO BẰNG CHỨNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được khái niệm, tầm quan trọng của thực hành điều dưỡng dựa vào bằng chứng.
2. Trình bày được các bước thực hành chăm sóc dựa vào bằng chứng.
3. Áp dụng được phương pháp tìm kiếm, tổng hợp các bằng chứng cho một vấn đề lâm sàng tại đơn vị.
4. Xây dựng được hướng dẫn thực hành dựa vào bằng chứng.

NỘI DUNG

Thực hành điều dưỡng dựa trên bằng chứng là một cách tiếp cận để đưa ra quyết định chất lượng và cung cấp chăm sóc điều dưỡng dựa trên chuyên môn lâm sàng kết hợp với nghiên cứu hiện tại. Thực hành dựa trên bằng chứng thực hiện các phương pháp chăm sóc hiện đại nhất đã được chứng minh thông qua việc thẩm định các nghiên cứu chất lượng cao và các kết quả nghiên cứu có ý nghĩa thống kê. Mục tiêu của thực hành dựa trên bằng chứng là cải thiện sức khỏe và sự an toàn của bệnh nhân đồng thời cung cấp dịch vụ chăm sóc một cách hiệu quả về mặt chi phí để cải thiện kết quả cho cả bệnh nhân và hệ thống chăm sóc sức khỏe. Thực hành dựa trên bằng chứng là một quá trình được thành lập dựa trên việc thu thập, giải thích, thẩm định và tích hợp các nghiên cứu hợp lệ, có ý nghĩa lâm sàng và áp dụng. Bằng chứng được sử dụng để thay đổi thực hành hoặc đưa ra quyết định lâm sàng có thể được tách thành bảy cấp độ bằng chứng khác nhau về loại nghiên cứu và mức độ chất lượng. Để thực hiện đúng thực hành dựa trên bằng chứng, kiến thức của điều dưỡng, sở thích của bệnh nhân và nhiều nghiên cứu về bằng chứng đều phải được phối hợp để đưa ra một giải pháp phù hợp, hiệu quả.

1. Khái niệm y học dựa vào bằng chứng

1.1. Khái niệm thực hành điều dưỡng dựa vào bằng chứng

Thực hành điều dưỡng dựa trên bằng chứng là việc sử dụng có chủ ý, chọn lọc nền tảng lý thuyết y học, các kết quả nghiên cứu liên quan đến sức khỏe của con người để hướng dẫn các hành động trong thực hiện quy trình điều dưỡng.

Thực hành điều dưỡng dựa vào bằng chứng là một quá trình thu thập, giải thích, thẩm định và tích hợp các kết quả nghiên cứu có ý nghĩa lâm sàng và ứng dụng vào trong thực hành điều dưỡng. Thực hành điều dưỡng dựa vào bằng chứng là một phương pháp thực hành dựa vào phối hợp kỹ năng lâm sàng với bằng chứng khoa học nhằm đem lại lợi ích tốt nhất cho bệnh nhân. Thực hành dựa trên bằng chứng đòi hỏi sự tích hợp của chứng cứ tốt nhất từ các nghiên cứu khoa học với kinh nghiệm lâm sàng vào tình huống cụ thể của người bệnh.

Thực hành điều dưỡng dựa vào bằng chứng là một quá trình liên tục mà bằng chứng, lý thuyết điều dưỡng và kinh nghiệm lâm sàng được đánh giá và xem xét nghiêm túc, kết hợp với sự tham gia của bệnh nhân, để cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng tối ưu cho người bệnh (Scott, K. & McSherry, R. 2009).

1.2. Tầm quan trọng của thực hành điều dưỡng dựa vào bằng chứng

Thực hành điều dưỡng dựa vào bằng chứng giúp đưa ra quyết định rõ ràng và hợp lý về việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho các cá nhân hoặc nhóm bệnh nhân dựa trên các bằng chứng phù hợp từ kết quả nghiên cứu, nền tảng lý thuyết và nhu cầu chăm sóc.

Mục tiêu của Thực hành điều dưỡng dựa vào bằng chứng là cải thiện sức khỏe và sự an toàn của bệnh nhân đồng thời cung cấp dịch vụ chăm sóc một cách hiệu quả về mặt chi phí để cải thiện kết quả cho cả bệnh nhân và hệ thống chăm sóc sức khỏe.

Người điều dưỡng có thể đưa ra những quyết định, hành động trong chăm sóc phù hợp với từng đối tượng dựa trên các nghiên cứu, thống kê có giá trị. Từ đó nâng cao hiệu quả trong chăm sóc cũng như nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc.

Người điều dưỡng phải thực hành dựa vào bằng chứng vì: Chi phí công và tư cho y tế ngày càng tăng trên toàn cầu làm cho chính phủ của các quốc gia cần bảo đảm chắc chắn rằng chi phí cho chăm sóc sức khỏe đạt được mục tiêu cung cấp dịch vụ y tế hiệu quả với những kết quả đầu ra tích cực cho công chúng và tiết kiệm chi phí. Số lượng tài

liệu liên quan đến chăm sóc sức khỏe đang tăng lên theo cấp số nhân. Quyết định chăm sóc sức khỏe chuyên qua người chỉ trả. Trách nhiệm của người làm chuyên môn tăng lên. Thay đổi sự kỳ vọng của công chúng, người dân quan tâm đến chất lượng dịch vụ hơn, người dân hiểu biết hơn và cũng khắt khe hơn (nhu cầu chăm sóc sức khỏe nhiều hơn và yêu cầu cũng cao hơn). Sự tin tưởng rằng áp dụng kết quả nghiên cứu có chất lượng tốt sẽ cải thiện kết quả cho người bệnh do vậy đó là điều quan trọng với chất lượng chăm sóc người bệnh.

2. Các bước thực hành y học dựa vào bằng chứng

Thực hành dựa vào bằng chứng gồm 5 bước sau:

- Đặt câu hỏi PICOT
- Tìm kiếm, tổng hợp các bằng chứng
- Đánh giá giá trị bằng chứng
- Ứng dụng vào thực hành điều dưỡng
- Đánh giá việc ứng dụng

2.1. Đặt câu hỏi PICOT

Phát hiện tình huống/vấn đề và chuyển thành câu hỏi có thể trả lời được. Diễn dịch một vấn đề lâm sàng thành một câu hỏi có thể trả lời được là một việc làm hết sức quan trọng và là vấn đề mấu chốt trong quy trình thực hành dựa vào bằng chứng.

Một câu hỏi tốt nên có 4 phần (PICO):

- Người bệnh (Patient): là ai?, bị bệnh gì?
- Can thiệp (Intervention): dùng thuốc, phương pháp chăm sóc, xét nghiệm, có yếu tố nguy cơ, v.v...
- So sánh (Comparison): So sánh với phương pháp khác.
- Kết quả đầu ra (Outcome): chỉ số lâm sàng, thời gian nằm viện.
- Thời gian (Time):

Khi các câu hỏi được hỏi theo định dạng PICOT, nó sẽ mang lại kết quả tốt nhất, phù hợp và tiết kiệm thời gian, ngược lại, một câu hỏi không phù hợp sẽ dẫn đến một

kết quả tìm kiếm có thể bao gồm hàng trăm tóm tắt không thể sử dụng và không liên quan. Câu hỏi PICOT rõ ràng sẽ giúp việc tìm kiếm, thực hiện các bước tiếp theo một cách hiệu quả nhất.

2.2. Tìm kiếm, tổng hợp các bằng chứng.

Bước 2: Tìm kiếm bằng chứng “tốt nhất”.

Bằng chứng là cơ sở để tin tưởng, thực tế hoặc có giấy tờ xác nhận, kết luận, thông tin (từ cá nhân, từ tài liệu) hướng tới hình thành một sự thật, dùng để chỉ thị, làm chứng. Một nguyên tắc cơ bản để được gọi là bằng chứng là dù bằng chứng thu được bằng cách nào đi chăng nữa thì cũng phải có thể quan sát độc lập được và kiểm định được.

Bằng chứng khoa học là những dữ liệu rút ra từ những nghiên cứu đã qua thẩm định và được công bố trên các tạp chí y học chuyên môn được nhiều người thừa nhận). Bằng chứng khoa học cũng được phân loại theo mức độ tin cậy từ cao đến thấp.

Nguồn bằng chứng có thể từ các nghiên cứu lâm sàng có giá trị khoa học, có độ tin cậy, cũng có thể từ các khung lý thuyết đã được xây dựng dựa trên một hệ thống các nghiên cứu.

Việc tìm kiếm bằng chứng tốt nhất nên bắt đầu bằng cách xem xét các yếu tố của câu hỏi PICOT. Mỗi từ khóa từ PICOTquestion nên được sử dụng để bắt đầu tìm kiếm. Loại nghiên cứu sẽ cung cấp câu trả lời tốt nhất cho câu hỏi can thiệp sẽ đánh giá hệ thống hoặc phân tích tổng hợp, được coi là bằng chứng mạnh mẽ nhất để đưa ra quyết định can thiệp. Có nhiều bằng chứng khác nhau cho từng loại câu hỏi PICOT. Mặc dù có nhiều hệ thống bằng chứng có sẵn trong tài liệu để trả lời các câu hỏi PICOT can thiệp

2.3. Đánh giá giá trị bằng chứng

Bước 3: Đánh giá nghiêm túc những kết quả nghiên cứu được lựa chọn.

Bước này trong quy trình THỰC HÀNH DỰA VÀO BẰNG CHỨNG là rất quan trọng, trong đó nó liên quan đến việc đánh giá quan trọng các bằng chứng thu được từ quá trình tìm kiếm. Mặc dù các chuyên gia chăm sóc sức khỏe có thể coi việc đánh giá quan trọng là một quá trình tốn nhiều thời gian, nhưng bước đầu tiên của việc đánh giá quan trọng có thể được thực hiện một cách hiệu quả bằng cách trả lời ba câu hỏi chính

như một phần của quy trình đánh giá quan trọng nhanh chóng trong đó các nghiên cứu được đánh giá tính hợp lệ của chúng, độ tin cậy và khả năng ứng dụng để trả lời câu hỏi lâm sàng đặt ra.

1) Kết quả nghiên cứu có hợp lệ không? (validity) Đó là, kết quả càng gần với sự thật càng tốt? Các nhà nghiên cứu đã tiến hành nghiên cứu bằng cách sử dụng các phương pháp nghiên cứu tốt nhất có thể?

Ví dụ, trong các thử nghiệm can thiệp, điều quan trọng là xác định liệu các đối tượng được phân ngẫu nhiên vào các nhóm điều trị hoặc nhóm kiểm soát và liệu họ có bằng nhau về các đặc điểm chính trước khi điều trị hay không.

2) Kết quả là gì? (reliability) Ví dụ, trong một thử nghiệm can thiệp, điều này bao gồm (a) liệu can thiệp có hiệu quả hay không, (b) hiệu quả điều trị đạt được lớn như thế nào và (c) liệu các bác sĩ lâm sàng có thể mong đợi kết quả tương tự nếu họ tự thực hiện can thiệp thiết lập thực hành lâm sàng (nghĩa là sự chính xác của hiệu ứng can thiệp). Trong các nghiên cứu định tính, điều này bao gồm việc đánh giá liệu phương pháp nghiên cứu có đúng mục đích của nghiên cứu hay không, cùng với việc đánh giá các khía cạnh khác của nghiên cứu.

3) Kết quả có giúp chăm sóc bệnh nhân không? (Khả năng áp dụng) Câu hỏi thẩm định quan trọng thứ ba này bao gồm hỏi liệu (a) các đối tượng trong nghiên cứu có giống với bệnh nhân được chăm sóc hay không, (b) lợi ích lớn hơn rủi ro điều trị (nghĩa là có khả năng gây hại), (c) việc điều trị là khả thi để thực hiện trong môi trường thực hành và (d) bệnh nhân mong muốn điều trị.

Các câu trả lời cho những câu hỏi này đảm bảo sự liên quan và khả năng áp dụng của bằng chứng cho đối tượng chăm sóc.

2.4. Ứng dụng vào thực hành điều dưỡng

Bước 4: Tích hợp bằng chứng với kiến thức, kinh nghiệm lâm sàng và các ưu tiên của người bệnh để áp dụng giải quyết tình huống lâm sàng.

Bước quan trọng tiếp theo trong THỰC HÀNH DỰA VÀO BẰNG CHỨNG là ứng dụng các bằng chứng tốt nhất tìm thấy từ tài liệu, các ưu tiên và giá trị của người bệnh để thực hiện quyết định hành động ưu tiên. Sau khi thẩm định bằng chứng, cần

phải tích hợp nó với chuyên môn của nhà cung cấp và sở thích của bệnh nhân. Bệnh nhân được khuyến khích thực hành tự chủ và tham gia vào quá trình ra quyết định. Do đó, ngay cả khi nghiên cứu có kết quả thành công, bệnh nhân có thể từ chối điều trị. Kết quả đánh giá và tiền sử bệnh nhân có thể tiết lộ thêm các chống chỉ định đối với một điều trị dựa trên bằng chứng nhất định. Cuối cùng, sự sẵn có của các nguồn lực chăm sóc sức khỏe có thể hạn chế việc thực hiện điều trị ngay cả khi nó được chứng minh là có hiệu quả trong một nghiên cứu.

2.5. Đánh giá việc ứng dụng

Bước 5: Đánh giá hiệu quả việc dùng bằng chứng về việc tiến hành các bước từ 1 đến 4 để cải thiện cho lần sau.

Trong tất cả các can thiệp lâm sàng thì việc lượng giá kết quả luôn là quan trọng nhất, nó giúp đánh giá được hiệu quả của việc thực hành dựa trên những bằng chứng đã tìm được. Kết quả đánh giá này sẽ là cơ sở để đưa ra những quyết định chăm sóc lâm sàng tiếp theo trên người bệnh, giúp cho thực hành lâm sàng ngày càng hoàn thiện và có hiệu quả hơn trên từng đối tượng cụ thể.

Bước 5 trong thực hành dựa vào bằng chứng là đánh giá dựa trên bằng chứng về cách thay đổi ảnh hưởng đến kết quả của bệnh nhân hoặc hiệu quả của quyết định lâm sàng đối với một bệnh nhân hoặc cơ sở thực hành cụ thể. Loại đánh giá này rất cần thiết trong việc xác định liệu sự thay đổi dựa trên bằng chứng dẫn đến kết quả mong đợi khi được thực hiện trong môi trường thực hành lâm sàng thực.

Đo lường kết quả là quan trọng để xác định và ghi lại tác động của thay đổi thực hành dựa vào bằng chứng đến chất lượng chăm sóc sức khỏe và / hoặc kết quả của bệnh nhân. Nếu một sự thay đổi trong thực hành dựa trên bằng chứng không tạo ra những kết quả giống như đã được chứng minh trong nghiên cứu, người điều dưỡng lâm sàng nên đặt ra nhiều câu hỏi khác nhau.

Việc đánh giá phải có sự so sánh kết quả mong muốn trước và sau khi áp dụng hướng dẫn vào thực tế. Nếu kết quả tốt hơn, điều này cho thấy bằng chứng thu được phù hợp với thực tế, nếu kết quả không như mong đợi cần phải xem lại bằng chứng, hướng dẫn áp dụng đã phù hợp với thực tế tại cơ sở chưa, từ đó có những điều chỉnh phù hợp.

Nếu kết quả tốt hơn, bằng cách chia sẻ kết quả của quá trình thực hành dựa trên bằng chứng, những cơ sở khác có thể được hưởng lợi và áp dụng. Một số phương pháp để phổ biến thông tin bao gồm thuyết trình tại các hội nghị, báo cáo trong tổ chức của chính mình và các ấn phẩm tạp chí.

3. Phương pháp tìm kiếm, tổng hợp các bằng chứng.

Phương pháp tìm kiếm, tổng hợp các bằng chứng là việc tìm và tổng hợp những thông tin có giá trị giúp cho việc áp dụng vào việc đưa ra những quyết định chăm sóc người bệnh phù hợp. Nguồn thông tin có thể thu thập đó là từ các nghiên cứu, những học thuyết, hay những hướng dẫn thực hành cụ thể đã được các tác giả, tổ chức xây dựng dựa trên các nghiên cứu, tài liệu phù hợp, có giá trị.

Có rất nhiều nguồn các tạp chí có giá trị khoa học cao, người tìm kiếm có thể sử dụng các công cụ tìm kiếm như: Google Scholar, hay ISI Web of Knowledge, hoặc IEEE Xplore... Điều quan trọng là phải tìm được những bài báo mới nhất trong lĩnh vực đang quan tâm. Điều này không khó nếu biết lựa chọn khéo léo các từ khóa (key words). Hoặc cũng có thể vào trực tiếp các tạp chí online và tìm các nội dung phù hợp với vấn đề quan tâm.

Khi tìm kiếm thông tin dựa trên bằng chứng, người ta nên chọn mức độ bằng chứng cao nhất có thể - đánh giá có hệ thống hoặc phân tích tổng hợp. Các đánh giá có hệ thống, phân tích tổng hợp và các chủ đề / bài viết được đánh giá phê bình đều đã trải qua một quy trình đánh giá: chúng đã được "lọc". Thông tin chưa được thẩm định được coi là "chưa được lọc".

Tuy nhiên, khi bạn di chuyển lên kim tự tháp trong quá trình tìm kiếm thông tin, có ít nghiên cứu hơn; điều quan trọng là phải nhận ra rằng mức độ bằng chứng cao có thể không tồn tại cho câu hỏi lâm sàng của bạn. Nếu đây là trường hợp, bạn sẽ cần phải di chuyển xuống kim tự tháp nếu nhiệm vụ tìm kiếm tài nguyên của bạn trên đỉnh kim tự tháp không thành công.

4. Đánh giá giá trị bằng chứng

4.1. Đánh giá giá trị bằng chứng dựa trên thiết kế nghiên cứu

Khi tìm kiếm thông tin dựa trên bằng chứng, người ta nên chọn mức độ bằng chứng cao nhất có thể - đánh giá có hệ thống hoặc phân tích tổng hợp. Các đánh giá có hệ thống, phân tích tổng hợp và các chủ đề / bài viết được đánh giá phê bình đều đã trải qua một quy trình đánh giá: chúng đã được "lọc". Thông tin chưa được thẩm định được coi là "chưa được lọc".

Tuy nhiên, khi bạn di chuyển lên kim tự tháp trong quá trình tìm kiếm thông tin, có ít nghiên cứu hơn; điều quan trọng là phải nhận ra rằng mức độ bằng chứng cao có thể không tồn tại cho câu hỏi lâm sàng của bạn. Nếu đây là trường hợp, bạn sẽ cần phải di chuyển xuống kim tự tháp nếu nhiệm vụ tìm kiếm thông tin trên đỉnh kim tự tháp không thành công.

Dựa trên thiết kế nghiên cứu để phân ra thành các nhóm bằng chứng như sau:

Phân tích tổng hợp (Meta-Analysis): Một tổng quan hệ thống sử dụng các phương pháp định lượng để tóm tắt kết quả.

Đánh giá hệ thống (Systematic Review): Các tác giả đã tìm kiếm, đánh giá và tóm tắt một cách có hệ thống tất cả các tài liệu y khoa cho một chủ đề cụ thể.

Chủ đề được đánh giá cao (Critically Appraised Topic): Các tác giả đánh giá và tổng hợp nhiều nghiên cứu.

Các bài viết, bài báo được đánh giá cao (Critically Appraised Articles): Các tác giả đánh giá và đồng bộ các nghiên cứu cá nhân.

Các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng (Randomized Controlled Trials): Bao gồm một nhóm bệnh nhân ngẫu nhiên trong một nhóm thử nghiệm và một nhóm đối chứng. Các nhóm này được theo dõi cho các biến / kết quả quan tâm.

Nghiên cứu đoàn hệ (Cohort Study): Xác định hai nhóm (đoàn hệ) bệnh nhân, một nhóm đã nhận được sự quan tâm và một nhóm không, và theo dõi các đoàn hệ này về phía trước cho kết quả quan tâm.

Nghiên cứu trường hợp kiểm soát (Case-Control Study): Xác định bệnh nhân có kết quả quan tâm (trường hợp) và kiểm soát bệnh nhân mà không có kết quả tương tự, và tìm kiếm sự tiếp xúc của mỗi quan tâm.

Thông tin cơ bản / Ý kiến chuyên gia (Background Information/Expert Opinion): Sổ tay, bách khoa toàn thư và sách giáo khoa thường cung cấp một nền tảng hoặc giới thiệu tốt và thường bao gồm thông tin khái quát về một điều kiện. Mặc dù thông tin cơ bản trình bày một bản tóm tắt thuận tiện, thường phải mất khoảng ba năm để loại tài liệu này được xuất bản.

Nghiên cứu động vật/Nghiên cứu trong phòng thí nghiệm (Animal Research/Lab Studies): Thông tin bắt đầu ở dưới cùng của kim tự tháp: đây là nơi diễn ra ý tưởng và nghiên cứu trong phòng thí nghiệm. Ý tưởng biến thành liệu pháp và công cụ chẩn đoán, sau đó được thử nghiệm với các mô hình phòng thí nghiệm và động vật.

4.2. Bảng kiểm đánh giá bằng chứng

Bảng kiểm đánh giá các mức độ của bằng chứng được chi làm 7 mức độ và mỗi mức độ chia làm 3 loại: Chất lượng cao; chất lượng tốt; và chất lượng thấp. Cách chia và phân loại mức độ cũng như chất lượng trên mỗi mức độ dựa vào chất lượng của nghiên cứu, giá trị nội dung, tính khoa học, độ tin cậy và mức độ cập nhật.

Bảng kiểm đánh giá các mức độ bằng chứng sử dụng trong thực hành điều dưỡng

STT	Nội dung	Mức độ	Chất lượng cao	Chất lượng tốt	Chất lượng thấp
1	Bằng chứng từ các nghiên cứu đánh giá có hệ thống hoặc phân tích tổng hợp các thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên	Cấp I:	Kết quả nhất quán, khái quát; cỡ mẫu đủ cho thiết kế nghiên cứu; trình bày cân đối; kết luận dứt khoát; khuyến nghị nhất quán dựa trên	Kết quả hợp lý phù hợp; cỡ mẫu đủ cho thiết kế nghiên cứu; một số kết quả, kết luận khá dứt khoát; khuyến nghị hợp lý phù	Ít bằng chứng với kết quả không nhất quán; không đủ cỡ mẫu cho thiết kế nghiên cứu; kết luận không thể được rút ra;
2	Bằng chứng từ các nghiên cứu thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên được thiết kế tốt	Cấp II:			

3	Bằng chứng từ các nghiên cứu thử nghiệm kiểm soát được thiết kế tốt không ngẫu nhiên	Cấp III:	tổng quan tài liệu, kết quả của nghiên cứu; có tính khoa học.	hợp dựa trên đánh giá tài liệu khá toàn diện bao gồm một số tài liệu tham khảo có bằng chứng khoa học.	hoặc đưa ra kết luận không rõ ràng.
4	Bằng chứng từ các nghiên cứu trường hợp hoặc đối chứng	Cấp IV:			
5	Bằng chứng từ các nghiên cứu tổng hợp có hệ thống về các nghiên cứu mô tả hoặc định tính	Cấp độ V:	Tài liệu chính thống được công bố bởi một tổ chức có uy tín; tài liệu tìm kiếm có hệ thống; kết quả phù hợp với đủ số lượng nghiên cứu được thiết kế tốt; đánh giá dựa trên tiêu chí về sức mạnh khoa học tổng thể và chất lượng của các nghiên cứu được đưa vào	Tài liệu chính thức công bố đăng bởi một tổ chức có uy tín; chiến lược tìm kiếm có hệ thống hợp lý và thích hợp; kết quả phù hợp, đủ số lượng nghiên cứu được thiết kế tốt; đánh giá điểm mạnh và hạn chế của các	Tài liệu không được công bố bởi một tổ chức hoặc cơ quan chính thức; chiến lược tìm kiếm tài liệu không xác định, xác định kém, hoặc hạn chế; không đánh giá điểm mạnh và hạn chế của các nghiên cứu được đưa

			và kết luận dứt khoát; chuyên môn rõ ràng; tài liệu sử dụng được phát triển hoặc sửa đổi trong vòng 5 năm qua.	nguyên cứu được đưa vào với kết luận khá dứt khoát; chuyên môn rõ ràng; tài liệu sử dụng được phát triển hoặc sửa đổi trong vòng 5 năm qua	vào, không đủ bằng chứng với kết quả không nhất quán, có thể rút ra kết luận; không được sửa đổi trong vòng 5 năm qua
--	--	--	---	--	---

6	Bằng chứng từ một nghiên cứu mô tả hoặc định tính	Cấp VI:	Mục đích và mục tiêu rõ ràng; kết quả nhất quán trên nhiều nội dung; kết luận dứt khoát; khuyến nghị phù hợp với tài liệu tham khảo có bằng chứng khoa học	Mục đích và mục tiêu rõ ràng; kết quả nhất quán cho một nội dung duy nhất; cải thiện chất lượng hoặc phương pháp đánh giá được sử dụng; khuyến nghị hợp lý phù hợp với một số tài liệu tham khảo, có bằng chứng khoa học	Mục đích và mục tiêu không rõ ràng hoặc còn thiếu; kết quả không nhất quán; cải thiện chất lượng được xác định kém, phương pháp đánh giá tài chính hoặc chương trình kém; khuyến nghị không thể được thực hiện
7	Bằng chứng từ ý kiến chuyên gia	Cấp độ VII:	Chuyên môn rõ ràng; đưa ra kết luận dứt khoát; cung cấp cơ sở khoa học; nhà quản lý, chuyên gia	Chuyên môn có vẻ đáng tin cậy; rút ra kết luận khá dứt khoát; cung cấp lập luận	Chuyên môn không thể nhận thấy hoặc không rõ ràng; kết luận không thể được rút ra

			am hiểu trong lĩnh vực chăm sóc	hợp lý cho các ý kiến	
--	--	--	---------------------------------------	--------------------------	--

5. Xây dựng hướng dẫn thực hành dựa trên bằng chứng

5.1. Lựa chọn chủ đề

Quá trình xây dựng hướng dẫn thực hành dựa vào bằng chứng phải biết lựa chọn một chủ đề, nhóm chuyên đề cho thực hành phù hợp với thực tế lâm sàng, có tính mới, cũng như có vấn đề thực tế đang gặp phải trên lâm sàng, cần phải cải thiện chất lượng chăm sóc, chất lượng dịch vụ. Khi xây dựng tác giả phải đưa ra những câu hỏi và thấy được mức độ cấp thiết, phù hợp của chủ đề cần xây dựng.

Ví dụ: Nhiễm khuẩn trong chăm sóc vết thương: vấn đề có tồn tại không? Tỷ lệ là bao nhiêu? Hậu quả để lại thế nào?....

5.2. Xác định vai trò tham gia của người bệnh và gia đình

Vai trò của người nhà, người bệnh đối với chủ đề nghiên cứu có mối liên quan gì? Vai trò ở đây không những là tác động đến vấn đề chăm sóc-chủ đề mà còn sự sẵn sàng tham gia của họ vào trong quá trình thực hành, sự đồng ý, chấp thuận cũng như tinh thần tham gia trong việc thực hiện quyết định chăm sóc.

5.3. Thành lập và xác định vai trò của nhóm xây dựng hướng dẫn

Để xây dựng được một quy trình hướng dẫn cần phải làm rõ vai trò của mỗi thành viên trong nhóm. Cần phải thành lập nhóm cụ thể- chi tiết, trong đó cần xác định rõ vai trò, chức năng cụ thể của từng thành viên trong nhóm xây dựng hướng dẫn, từ đó các thành viên sẽ hoàn thành nhiệm vụ được giao trong nhóm.

Thực hành điều dưỡng dựa vào bằng chứng là sự kết hợp giữa cơ sở lý luận- bằng chứng và áp dụng trên lâm sàng, do đó nhóm xây dựng cũng cần phải dựa trên chủ đề để chọn người xây dựng hướng dẫn, cần phải có những thành viên am hiểu về chuyên môn lâm sàng và có những thành viên nắm chắc cơ sở lý luận.... đảm bảo các kỹ năng xây dựng trong Quy trình phải đều có các thành viên có kinh nghiệm thực hiện.

5.4. Tổng quan hệ thống

Hệ thống hóa các văn bản, quy định trong thực hành lâm sàng, đây là cơ sở pháp lý cho việc đưa ra các quyết định lâm sàng phù hợp.

Hệ thống hóa cơ sở lý luận- nghiên cứu có ý nghĩa khoa học và liên quan đến chủ đề cần xây dựng. Các thông tin cần được chọn lọc kỹ, phù hợp với đối tượng cần can thiệp. Khi áp dụng những kết quả của Thế giới vào điều kiện hoàn cảnh thực tiễn của Việt Nam cần phải chỉnh sửa cho phù hợp với ngữ cảnh.

Hệ thống hóa các vấn đề liên quan đến chủ đề xây dựng để có cái nhìn tổng quát, tìm ra nguyên nhân, những điểm mù, điểm yếu trong thực hành điều dưỡng từ đó chọn ra những can thiệp phù hợp. Ví dụ: nguyên nhân gây nhiễm khuẩn vết thương: nguyên nhân tại vết thương, nguyên nhân tại người bệnh, nguyên nhân trong chăm sóc, điều trị, phẫu thuật... Khi đã hệ thống hóa sẽ dễ nhận thấy nguyên nhân nào hay gặp hơn, và có nhưng nghiên cứu nào đã chứng minh điều đó. Từ đó đưa ra can thiệp phù hợp trên đối tượng.

Có nhiều hướng dẫn đã xây dựng trên Thế giới cũng có thể áp dụng vào đối tượng cần can thiệp, tuy nhiên do cơ sở vật chất, điều kiện, hoàn cảnh kinh tế, xã hội, văn hóa... cần phải có những thay đổi nhất định để phù hợp hơn.

5.5. Thiết kế hướng dẫn

Quá trình thiết kế hướng dẫn dựa trên tổng quan tài liệu hệ thống kết hợp với điều kiện hoàn cảnh tại mỗi cơ sở. Một hướng dẫn tốt khi áp dụng bằng chứng trên thực tế một cách phù hợp nhất, sự phù hợp này càng cao thì hiệu quả của can thiệp càng lớn.

Thiết kế hướng dẫn phải cụ thể, chi tiết, và chỉ rõ cần phải làm gì và làm như thế nào.

5.6. Tổng hợp ý kiến chuyên gia

Một phần không thể thiếu trong bất kỳ chương trình nào đó là tổng hợp nhận xét từ các chuyên gia trong lĩnh vực- chủ đề đang xây dựng. Họ sẽ đưa ra cái nhìn đa chiều hơn về hướng dẫn, và sẽ nêu ra được các vấn đề mà nhóm có thể chưa nhận ra. Ý kiến của các chuyên gia giúp nhóm xây dựng hướng dẫn thay đổi, điều chỉnh lại cho phù hợp hơn, hiệu quả hơn.

5.7. Trình bày và phổ biến bản hướng dẫn thực hành

Bản hướng dẫn ban đầu cần phải được trình bày và thực hiện tại cơ sở, sau đó đánh giá lại hiệu quả của hướng dẫn có như mong đợi hay không. Khi đã đạt thì nên nhân rộng, và cập nhật trong toàn cơ sở, hoặc đưa lên các tập san, tạp chí để phổ biến, nhân rộng bản hướng dẫn trong thực hành điều dưỡng. Từ đó nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tài liệu tiếng Anh:

1. Bernadette, M.M & Ellen, F.O (2012).Evidence Based Practice in Nursing & Healthcare. A Guide to best practice. Second edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
2. Melnyk, B.M. & Fineout-Overholt, E. (2015). Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice (3rd ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health. p. 45. ISBN 978-1-4511-9094-6.
3. Melnyk, B.M. (2011). Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins. pp. 3–7. ISBN 978-1-60547-778-7.
4. Scott, K. & McSherry, R. "Evidence Based Nursing: clarifying the concepts for nurses in practice." Journal of Clinical Nursing 2009; 18(8): 1085-95.