

# HƯỚNG DẪN BIÊN SOẠN QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

(Ban hành kèm theo Quyết định số 4068/QĐ-BYT ngày 29/07/2016

của Bộ trưởng Bộ Y tế)

## PHẦN I: MỘT SỐ THÔNG TIN CHUNG

### 1. Giải thích từ ngữ

Các thuật ngữ trong tài liệu này được hiểu như sau:

#### 1.1. Hướng dẫn điều trị (Clinical Guidelines):

Hướng dẫn điều trị là tài liệu khuyến nghị cho các nhân viên y tế các tiêu chí, các quyết định liên quan đến chẩn đoán, xử trí, điều trị, cách chăm sóc người bệnh với một bệnh cảnh bệnh lý nhất định trong một chuyên ngành y học cụ thể.

Một tài liệu Hướng dẫn điều trị thường bao gồm các nội dung:

- Định nghĩa về bệnh
- Nguyên nhân
- Chẩn đoán: chẩn đoán xác định (lâm sàng - cận lâm sàng); chẩn đoán phân biệt
- Điều trị: nguyên tắc điều trị; điều trị cụ thể (nội khoa - ngoại khoa)
- Tiên lượng biến chứng
- Phòng bệnh

#### 1.2. Phác đồ điều trị (Protocol):

Phác đồ điều trị là tài liệu chi tiết hóa/cụ thể hóa của Hướng dẫn điều trị. Phác đồ điều trị cung cấp một bộ chuẩn chất lượng tổng hợp các tiêu chí khắt khe gồm chẩn đoán, xử trí, điều trị, cách chăm sóc... phù hợp với điều kiện thực hành lâm sàng tốt nhất trong khoảng chi phí phù hợp của một cơ sở y tế.

#### 1.3. Quy trình kỹ thuật (Medical Procedures):

Quy trình kỹ thuật là tài liệu hướng dẫn về thực hành chuyên môn kỹ thuật cho từng chuyên ngành, là một chuỗi các hoạt động/các bước theo trình tự hướng đến hoặc được thực hiện trên một cá nhân với mục tiêu cải thiện sức khỏe, chẩn đoán hay điều trị một bệnh hoặc một chấn thương.

Một tài liệu Quy trình kỹ thuật thường bao gồm các nội dung:

- Đại cương về kỹ thuật
- Chỉ định
- Chống chỉ định
- Chuẩn bị: người thực hiện; phương tiện; người bệnh; hồ sơ bệnh án
- Các bước tiến hành
- Theo dõi và xử trí tai biến

#### 1.4. Quy trình chăm sóc (Nursing care Procedures):

Quy trình điều dưỡng là một loạt các hoạt động/ các bước theo kế hoạch đã được định trước trực tiếp hướng tới một kết quả chăm sóc người bệnh riêng biệt nhằm ngăn ngừa, giảm bớt, hạn chế những khó khăn của người bệnh

Quy trình chăm sóc điều dưỡng thường bao gồm 4 bước:

- Bước 1: Nhận định
- Bước 2: Yêu cầu (Lập kế hoạch chăm sóc)
- Bước 3: Thực hiện
- Bước 4: Đánh giá

#### *1.5. Quy trình thực hành chuẩn (Standard Operating Procedures):*

Quy trình thực hành chuẩn (hay quy trình thao tác chuẩn) là văn bản hướng dẫn chi rõ cách tiến hành một công việc cụ thể trong công tác quản lý và chuyên môn kỹ thuật nhằm bảo đảm các hoạt động diễn ra một cách thống nhất theo đúng quy định

#### *1.6. Quy trình chuyên môn (Clinical/Care Pathways):*

Quy trình chuyên môn là kế hoạch chăm sóc đa chuyên môn để hỗ trợ cho việc áp dụng các Hướng dẫn điều trị và Phác đồ điều trị. Quy trình chuyên môn là công cụ hỗ trợ kiểm định lâm sàng, kiểm soát chi phí thông qua việc tăng cường trao đổi thông tin, xác định rõ các hoạt động cần phải thực hiện, phân công rõ trách nhiệm, tăng cường kiểm tra giám sát và bố trí hợp lý nguồn lực

Quy trình chuyên môn cung cấp hướng dẫn chi tiết cho từng bước ra quyết định xử trí (điều trị, can thiệp, chăm sóc...) và tổ chức thực hiện trên những nhóm người bệnh với tình trạng chẩn đoán cụ thể (well-defined group) trong khoảng thời gian điều trị nhất định (well-defined period) với mục tiêu là cải thiện sự xuyên suốt/liên tục và phối hợp trong chăm sóc người bệnh giữa các chuyên khoa và các lĩnh vực lâm sàng khác nhau.

## **2. Mục đích của quy trình chuyên môn**

- Mô hình hóa (visualization) quá trình chẩn đoán, điều trị chăm sóc
- Giám sát tuân thủ hướng dẫn điều trị
- Giảm thiểu tối đa các diễn biến bất lợi (reduce clinical variances), sai sót chuyên môn (medical errors)
- Phối hợp các thành viên trong nhóm điều trị
- Sử dụng hiệu quả các nguồn lực thông qua hạn chế lạm dụng (over-uses), sai sót (miss-uses) và bỏ sót hoặc chăm sóc điều trị dưới mức cần thiết (under-uses)
- Nhằm bảo đảm:
  - + Đúng người bệnh
  - + Đúng hành động/xử trí
  - + Đúng trình tự
  - + Đúng thời gian
  - + Đúng nơi
  - + Đúng kết quả đầu ra mong đợi

### **3. Cấu trúc của một quy trình chuyên môn (component)**

Yêu cầu tối thiểu của một quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh bao gồm các nội dung sau:

- Nguyên tắc điều trị
- Lưu đồ
- Bảng kiểm 2 trục thời gian và hoạt động

### **4. Thể thức trình bày của một quy trình chuyên môn (format)**

- Quy trình chuyên môn được ban hành dạng văn bản tại bệnh viện nên được trình bày trên giấy khổ A4 (210mm x 297mm)
- Kiểu trình bày: theo chiều dài trang giấy (portrait), trường hợp có các bảng biểu có thể trình bày theo chiều rộng trang giấy (landscape)
- Phong chữ: Times New Roman hoặc Arial
- Bảng mã Unicode
- Ghi thông tin phiên bản của quy trình (version 1.0...) và ngày cập nhật quy trình, số hiệu của quy trình và thời điểm quy trình được sử dụng vào chú thích cuối trang giấy (footer)
- Các phiên bản của quy trình được cập nhật theo chu trình PDCA (Plan-Do-Check-Act)
- Số trang của quy trình nên được đánh số theo kiểu 1/n, 2/n ...n/n
- Có giải thích các từ viết tắt theo dạng chú thích dưới từng bảng tương ứng (footnote)
- Những thay đổi khác biệt (variance) trong quá trình thực hiện quy trình cần được ghi rõ 3 yếu tố: sự kiện thay đổi, nguyên nhân và hành động tiếp theo
- Quy trình nên được thiết lập một cách hợp lý, logic, trình tự các sự kiện rõ ràng
- Các dữ liệu lâm sàng trong quy trình chuyên môn nên được trích dẫn từ các hướng dẫn điều trị, phác đồ điều trị, quy trình kỹ thuật, quy trình chăm sóc .... bằng cách thiết lập liên kết để tra cứu tham khảo, không nên đưa nguyên văn toàn bộ các tài liệu nói trên vào quy trình chuyên môn mà nên
- Có thể bổ sung các trang giấy trắng hoặc các trang cho phân diễn tiến theo thời gian để ghi thêm thông tin khi cần thiết

## **PHẦN II: HƯỚNG DẪN BIÊN SOẠN CÁC NỘI DUNG CỤ THỂ**

### **1. Khung tên quy trình chuyên môn :**

Có thể bao gồm: Số hiệu quy trình, logo và/hoặc tên bệnh viện, tên khoa/phòng soạn thảo và/hoặc áp dụng.

### **2. Khung thông tin người bệnh :**

Phải có tối thiểu 3 thông tin theo nhận dạng, chống nhầm lẫn người bệnh, không bao gồm số phòng, số giường bệnh

### **3. Tiêu chuẩn sử dụng quy trình:**

- Tiêu chuẩn đưa vào: là các tiêu chuẩn có giá trị chẩn đoán bệnh theo tên của quy trình đang được sử dụng.

- Tiêu chuẩn loại trừ: là các dấu hiệu/bệnh lý kèm theo có khả năng làm thay đổi điều trị tiêu chuẩn đối với bệnh.

#### **4. Tiền sử :**

- Ghi rõ có hay không tiền sử dị ứng, nếu có phải ghi cụ thể dị nguyên
- Lưu ý tiền sử tiêm chủng

#### **5. Lưu đồ chẩn đoán và xử trí :**

- Lưu đồ chẩn đoán và điều trị nên được thiết kế đơn giản nhưng đầy đủ các phần chẩn đoán (dấu hiệu lâm sàng chính cần thăm khám, các cận lâm sàng cần thực hiện), phân loại và hướng điều trị sơ bộ, chăm sóc.
- Các giải thích chi tiết nên thực hiện theo dạng phụ lục ở trang phụ lục cuối quy trình.

#### **6. Nguyên tắc điều trị :**

Nêu các nguyên tắc điều trị, thuốc ghi tên nhóm thuốc với liều khuyến cáo cụ thể, các hướng dẫn, nguyên tắc chăm sóc cơ bản cần thiết...

#### **7. Xử trí cấp cứu:**

Ghi các tiêu chuẩn phân loại cấp cứu của bệnh và các xử trí/theo dõi tương ứng cần thực hiện.

#### **8. Chẩn đoán và phân loại:**

Ghi các tiêu chuẩn chẩn đoán và phân loại bệnh/phân tầng nguy cơ...

#### **9. Diễn tiến bệnh và xử trí:**

Các diễn tiến bệnh và xử trí theo từng ngày điều trị (từ ngày nhập viện đến ngày ra viện) hoặc theo trình tự giai đoạn trước, trong và sau can thiệp thủ thuật/phẫu thuật với các nội dung cụ thể về lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị, chăm sóc theo dạng bảng kiểm (checklist) của từng ngày/từng giai đoạn (hoặc khoảng trống để điền giá trị).

##### *9.1. Lâm sàng :*

Cần ghi các dấu hiệu lâm sàng cần theo dõi hàng ngày, đặc biệt các dấu hiệu lâm sàng đánh giá diễn tiến bệnh/ biến chứng... có khả năng cần các xử trí ngoài quy trình.

##### *9.2. Cận lâm sàng :*

Các dấu hiệu cận lâm sàng cần theo dõi, có thể ghi thời gian cần theo dõi (ví dụ mỗi ngày, mỗi 2 ngày....)

##### *9.3. Điều trị :*

Ghi các điều trị tiêu chuẩn, nếu có thể, ghi kèm liều điều trị của từng thuốc.

##### *9.4. Chăm sóc :*

- Ghi các chăm sóc cần thiết.
- Các nội dung trên nên thiết kế chừa vài hàng trống để điền thêm các nội dung khi cần thiết.
- Có thể thiết kế thêm tờ đi kèm cho riêng các phần này để kèm thêm khi cần thiết.

##### *9.5. Các dấu hiệu diễn tiến nặng :*

Ghi các dấu hiệu cả về lâm sàng, cận lâm sàng... chỉ điểm các diễn tiến nặng đối với người bệnh cần xử trí tích cực hay xử trí ngoài quy trình

Lưu ý :

- Trong phần này chỉ nên ghi các dấu hiệu/chăm sóc chính xảy ra ở hầu hết người bệnh của quy trình đang sử dụng. Không nên liệt kê tất cả các nội dung có thể xảy ra.
- Mỗi phần sẽ được chừa một vài dòng trắng để ghi bổ sung thông tin/dấu hiệu... khi cần thiết.
- Có thể thiết kế thêm ‘trang trắng’ để bổ sung vào khi cần thiết cả về chiều dọc (bổ sung nội dung) và chiều ngang (bổ sung thời gian).

#### **10. Xuất viện :**

- Liệt kê tiêu chuẩn xuất viện, tình trạng xuất viện và hướng xử trí/điều trị tiếp theo.
- Trong trường hợp bệnh nhân xuất hiện các dấu hiệu/triệu chứng rơi vào tiêu chuẩn loại trừ sẽ đánh giá là ‘ra khỏi qui trình’

#### **11. Quản lý và tư vấn cho người bệnh:**

Ghi các vấn đề dặn dò về chăm sóc, theo dõi và tư vấn cho người bệnh.

#### **12. Bảng kiểm đánh giá thực hiện quy trình (audit tool) :**

Bảng kiểm đánh giá thực hiện cho mỗi quy trình sẽ khác nhau, do đó nên để thực hiện vào giai đoạn sau khi các quy trình đã được hoàn chỉnh, phê duyệt.

### **PHẦN III : PHIẾU TÓM TẮT PHÁT CHO NGƯỜI BỆNH**

Là phân trích dẫn, thu gọn từ Quy trình chuyên môn khám, chữa bệnh (clinical pathway) ở trên, bảo đảm các yêu cầu sau:

#### **1. Về nội dung:**

- Lưu đồ
- Nguyên tắc điều trị
- Quản lý và tư vấn cho người bệnh

#### **2. Về thể thức trình bày:**

Thiết kế theo dạng tờ rơi trên 1 tờ giấy khổ A4 hoặc A5 (1 trang hoặc 2 trang).