|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SỞ Y TẾ QUẢNG TRỊ****BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC BẮC QUẢNG TRỊ**C:\Users\BVDKKV~1\AppData\Local\Temp\ksohtml16444\wps1.png**C:\Users\BVDKKV~1\AppData\Local\Temp\ksohtml16444\wps2.png****DỰ THẢO** **QUY TRÌNH** **QUẢN LÝ, BÁO CÁO VÀ XỬ LÝ SỰ CỐ Y KHOA** (*Ban hành kèm theo Quyết định số:……/QĐ – BV ngày……/…../….* *của Giám đốc bệnh viện đa khoa khu vực Bắc Quảng Trị)***Số: 17/QTQL-KHTH****Lần ban hành:** *(ban hành lần thứ mấy)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Trách nhiệm** | **Soạn thảo** | **Xem xét** | **Phê duyệt** |
| Họ và tên | CN. Trần Thị Hải  | *(Họ tên, chức danh Phó giám đốc bệnh viện)* | (Họ tên, chức danh Giám đốc bệnh viện) |
| (*Họ tên, chức danh lãnh đạo khoa, phòng)* |
| Chữ ký |  |  |  |
|  |
| Chức vụ | (*hức vụ người soạn thảo)* | Phó Giám Đốc | Giám đốc |
| (*chức vụ lãnh đạo khoa, phòng)* |

 |

|  |
| --- |
| 1. *Người có liên quan phải nghiên cứu và thực hiện đúng các nội dung của quy trình này.*
2. *Nội dung trong quy trình này có hiệu lực thi hành như sự chỉ đạo của Giám đốc Bệnh viện.*
3. *Lưu bản có đóng dấu Bệnh viện tại Văn thư và* ***(khoa/phòng soạn thảo quy trình)****. Quy định được đăng trên hệ thống mạng nội bộ của Bệnh viện.*
 |

**NƠI NHẬN** *(đánh dấu vào các bộ phận nhận văn bản)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ban Giám đốc | S | Phòng Vật tư thiết bị y tế | S |
| Các khoa lâm sàng | S | Phòng Tổ chức cán bộ | S |
| Phòng Kế hoạch tổng hợp | S | Phòng hành chính quản trị | S |
| Phòng Điều dưỡng | S | Khoa Dược | S |
| Các khoa cận lâm sàng | S | Khoa kiểm soát nhiễm khuẩn | S |
| Phòng Tài chính kế toán | S |  |  |
| Tổ cấp cứu ngoại viện | S |  |  |

**THEO DÕI TÌNH TRẠNG SỬA ĐỔI** (*tình trạng sửa đổi so với bản trước đó)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Trang** | **Hạng mục sửa đổi** | **Tóm tắt nội dung hạng mục sửa đổi** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**1. Mục đích**

Thiết lập một hệ thống thống nhất để nhận diện, báo cáo, phân tích và xử lý các sự cố y khoa (SCYK) một cách kịp thời, hiệu quả và minh bạch.

Khuyến khích văn hóa báo cáo sự cố tự nguyện, không trừng phạt, không đổ lỗi nhằm mục đích học hỏi và cải tiến hệ thống.

Phân tích nguyên nhân gốc rễ của các sự cố để đưa ra các giải pháp khắc phục, phòng ngừa phù hợp, giảm thiểu nguy cơ tái diễn và nâng cao an toàn cho người bệnh.

Đảm bảo thực hiện đúng các quy định của pháp luật trong việc xử lý SCYK, bảo vệ quyền lợi của người bệnh và nhân viên y tế.

**2. Phạm vi áp dụng**

Áp dụng cho tất cả các khoa/phòng, đơn vị trong toàn bệnh viện.

Áp dụng cho toàn thể nhân viên y tế, nhân viên bệnh viện và cả người bệnh, người nhà người bệnh (trong việc phát hiện và phản ánh sự cố).

1. **Trách nhiệm thực hiện**
2. **Các khái niệm, định nghĩa**

Sự cố y khoa (SCYK): Là các tình huống không mong muốn xảy ra trong quá trình chẩn đoán, điều trị và chăm sóc, gây nguy hại hoặc có tiềm năng gây nguy hại cho người bệnh.

Sự cố chưa xảy ra: Là sự cố đã được phát hiện và ngăn chặn kịp thời trước khi xảy ra trên người bệnh.

Phân loại sự cố (theo ảnh hưởng):

NC1 (Chưa xảy ra): Sự cố được ngăn chặn kịp thời.

NC2 (Nhẹ): Gây tổn hại nhẹ, không cần can thiệp hoặc chỉ cần theo dõi.

NC3 (Trung bình): Cần can thiệp điều trị, kéo dài thời gian nằm viện.

NC4 (Nặng): Gây tổn thương nặng, vĩnh viễn hoặc đe dọa tính mạng.

NC5 (Tử vong): Góp phần trực tiếp hoặc gián tiếp gây tử vong.

**Các từ viết tắt**

|  |  |
| --- | --- |
| **ĐD** | Điều dưỡng |
| **NB** | Người bệnh |
| **BAĐT** | Bệnh án điện tử  |
| **TCCB** | Tổ chức cán bộ  |
| **BHXH** | Bảo hiểm xã hội |
| **BHYT** | Bảo hiểm y tế  |
| **KHTH** | Kế hoạch tổng hợp |
| **SCYK** | Sự cố Y khoa  |
| **QLCL** | Quản lý chất lượng |
| **BSĐT** | Bác sĩ điều trị |
| **BSGM** | Bác sĩ gây mê |

**6. Tài liệu tham khảo**

Thông tư số 43/2018/TT-BYT ngày 26/12/2018 của Bộ Y tế hướng dẫn về phòng ngừa sự cố y khoa trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15.

Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam (phiên bản hiện hành), đặc biệt là các tiêu chí trong phần C – Hướng đến người bệnh.

**7. Nội dung**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Các bước thực hiện** | **Bộ phận thực hiện** | **Diễn giải**  |
| **GIAI ĐOẠN 1: NHẬN DIỆN VÀ BÁO CÁO SỰ CỐ** |
| **1** | Bước 1: Nhận diện và Xử lý ban đầu | **Các khoa/phòng** | Khi một SCYK xảy ra hoặc được phát hiện, người phát hiện (bất kỳ nhân viên nào) có trách nhiệm:Ưu tiên hàng đầu: Thực hiện ngay các biện pháp cần thiết để đảm bảo an toàn cho người bệnh và những người xung quanh.Báo cáo ngay cho người quản lý trực tiếp (Điều dưỡng trưởng, Bác sĩ trưởng kíp trực, Trưởng khoa).Giữ nguyên hiện trường (nếu có thể và không ảnh hưởng đến việc cấp cứu người bệnh). |
| **2** | Bước 2: Báo cáo sự cố | **Nhân viên y tế**  | Người phát hiện hoặc người liên quan điền vào "Phiếu báo cáo sự cố y khoa tự nguyện" (theo mẫu Phụ lục của Thông tư 43).Hình thức báo cáo: Có thể điền vào phiếu giấy tại khoa và bỏ vào "Hòm thư báo cáo sự cố", hoặc điền vào biểu mẫu trực tuyến trên hệ thống phần mềm quản lý sự cố của bệnh viện (khuyến khích).Nguyên tắc: Báo cáo được giấu tên (ẩn danh) để khuyến khích. Nội dung tập trung mô tả sự cố, không chỉ trích cá nhân.Thời gian báo cáo: Càng sớm càng tốt, khuyến khích trong vòng 24-48 giờ sau khi sự cố |
| **GIAI ĐOẠN 2: TIẾP NHẬN, PHÂN LOẠI VÀ PHÂN TÍCH** |
| **3** | Bước 3: Tiếp nhận và mã hóa báo cáo | **QLCL** | Bộ phận Quản lý chất lượng (QLCL) là đầu mối tiếp nhận tất cả các báo cáo sự cố.Nhân viên QLCL:Mở hòm thư hoặc truy cập phần mềm để thu thập các báo cáo.Mã hóa thông tin: Loại bỏ các thông tin có thể định danh cá nhân để đảm bảo tính bảo mật.Nhập dữ liệu vào hệ thống quản lý sự cố của bệnh viện |
| **4** | Bước 4: Phân loại ban đầu và báo cáo nhanh | **Phòng QLCL** | Tổ Quản lý rủi ro/Nhóm chuyên gia an toàn người bệnh (thuộc phòng QLCL) họp và phân loại mức độ sự cố (từ NC1 đến NC5).Đối với các sự cố nghiêm trọng (NC4, NC5):Phòng QLCL phải báo cáo ngay cho Ban Giám đốc trong vòng 24 giờ.Ban Giám đốc chỉ đạo thành lập "Hội đồng/Tổ phân tích sự cố y khoa" để tiến hành phân tích sâu. |
| 5 | **Bước 5: Phân tích nguyên nhân gốc rễ** | QLCL và Các khoa | Đối với sự cố nghiêm trọng:Hội đồng/Tổ phân tích (gồm các chuyên gia đa ngành) họp, thu thập thông tin, phỏng vấn những người liên quan (với nguyên tắc không đổ lỗi).Sử dụng các công cụ phân tích như Sơ đồ xương cá, 5 Whys... để tìm ra các nguyên nhân gốc rễ thuộc về hệ thống (quy trình, trang thiết bị, môi trường, đào tạo...) thay vì chỉ tập trung vào lỗi cá nhân.Đối với các sự cố nhẹ hơn: Tổ QLCL có thể tự phân tích hoặc phối hợp với khoa liên quan. |
| **GIAI ĐOẠN 3: ĐƯA RA GIẢI PHÁP VÀ THỰC HIỆN CẢI TIẾN** |
| 6 | **Bước 6: Đề xuất và phê duyệt hành động khắc phục, phòng ngừa** | Phòng QLCL | Dựa trên kết quả phân tích nguyên nhân gốc rễ, Hội đồng/Tổ phân tích đề xuất các giải pháp cụ thể, khả thi.Ví dụ: Nếu nguyên nhân là do nhầm lẫn thuốc có tên đọc giống nhau, giải pháp có thể là: dán nhãn cảnh báo, thay đổi vị trí sắp xếp thuốc, cập nhật cảnh báo trên BAĐT.Các giải pháp được trình Ban Giám đốc/Hội đồng An toàn người bệnh phê duyệt, phân công đơn vị và cá nhân chịu trách nhiệm thực hiện, kèm theo thời hạn hoàn thành. |
| 7 | **Bước 7: Triển khai thực hiện và giám sát** | Các khoa/phòng, QLCL | Các khoa/phòng được phân công có trách nhiệm triển khai các hành động cải tiến đã được duyệt.Phòng QLCL chịu trách nhiệm theo dõi, đôn đốc và giám sát tiến độ thực hiện. |
| **GIAI ĐOẠN 4: PHẢN HỒI VÀ CHIA SẺ BÀI HỌC** |
| 8 | **Bước 8: Phản hồi cho người báo cáo và các bên liên quan** | Phòng QLCL | Phòng QLCL gửi thông báo (ẩn danh) đến khoa/phòng nơi xảy ra sự cố về kết quả phân tích và các hành động cải tiến đang được thực hiện. Điều này cho thấy báo cáo của họ đã được ghi nhận và xử lý, khuyến khích các báo cáo tiếp theo. |
| 9 | **Bước 9: Chia sẻ bài học kinh nghiệm** | QLCL và các khoa/phòng | Các bài học rút ra từ các SCYK (đã được ẩn danh hoàn toàn) sẽ được chia sẻ trong toàn bệnh viện thông qua:Các buổi sinh hoạt chuyên môn, giao ban.Bản tin an toàn người bệnh hàng tháng/quý.Các buổi đào tạo, tập huấn.Mục đích là để tất cả nhân viên cùng nhận biết nguy cơ và học hỏi từ sự cố của người khác, tránh lặp lại sai lầm. |