

Số: 07./BC-HĐKSNK

Bắc Giang, Ngày 17 tháng 07 năm 2025

BÁO CÁO
KẾT QUẢ KIỂM TRA GIÁM SÁT QUÝ II NĂM 2025

Thực hiện kế hoạch kiểm tra, giám sát công tác Kiểm soát nhiễm khuẩn (KSNK) toàn Bệnh viện năm 2025, từ ngày 23/06 đến ngày 27/06/2025, Khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn phối hợp với Phòng Điều dưỡng đã tiến hành kiểm tra, giám sát việc triển khai thực hiện công tác KSNK tại các khoa/phòng trong toàn viện đối với quý II/2025.

Sau khi hoàn tất công tác kiểm tra, giám sát, Khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn đã tiến hành tổng hợp, lập Báo cáo kết quả, trình Hội đồng Kiểm soát nhiễm khuẩn xem xét, đồng thời thông báo kết quả về cho các khoa/phòng liên quan để nắm bắt, tiếp tục duy trì và cải thiện công tác KSNK tại đơn vị mình.

1. Kết quả

Bảng 1.1: Kết quả kiểm tra công tác KSNK theo khoa

TT	KHOA	Điểm	Tỷ lệ đạt	Chưa đạt
1	Chẩn đoán hình ảnh	99,5/100	99,5%	0,5%
2	Hồi cấp cứu HSTC- CD	98/100	98%	2%
3	Gây mê hồi sức	97/100	97%	3%
4	Nội tổng hợp	96,5/100	96,5%	3,5%
5	Truyền nhiễm	96/100	96%	4%
6	Xét nghiệm	96/100	96%	4%
7	Y dược cổ truyền- PHCN	95,5/100	95,5%	4,5%
8	Nội tim mạch	95,5/100	95,5%	4,5%
9	Nhi	95/100	95%	5%
10	Liên chuyên khoa	95/100	95%	5%
11	Khám bệnh	94/100	94%	6%
12	Sản	89,5/100	89,5%	10,5%
13	Ngoại	86/100	86%	14%
Tổng toàn viện		1233,5/1300	94,8%	5,2%

12

Nhận xét: Công tác kiểm soát nhiễm khuẩn quý II/2025 tại bệnh viện đạt kết quả khá tốt với tỷ lệ trung bình toàn viện là 94,8%. Tuy nhiên, vẫn còn một số tồn tại cần sớm khắc phục để đảm bảo an toàn người bệnh và môi trường bệnh viện.

- Hầu hết các khoa/phòng đã triển khai nghiêm túc, cơ bản đảm bảo đúng quy trình chuyên môn theo hướng dẫn hiện hành.
- Một số khoa tiêu biểu đạt kết quả rất cao như: Chẩn đoán hình ảnh (99,5%), Khoa Cấp cứu hồi sức tích cực- chống độc (98%), Gây mê hồi sức (97%). Các khoa này cần tiếp tục phát huy và làm cơ sở chia sẻ kinh nghiệm cho các khoa khác trong bệnh viện.
- Tuy nhiên, một số khoa như Sản (89,5%), Ngoại (86%) có tỷ lệ đạt còn thấp, cần nghiêm túc rà soát và khắc phục các tồn tại đã được ghi nhận.

Bảng 1.2: Bảng kiểm theo tiêu chí đánh giá công tác vệ sinh môi trường

STT	Nội dung thực hiện	Điểm chuẩn
1	Khoa, phòng: Nền nhà, chân tường sạch sẽ không bám bẩn; Trần nhà, cửa kính không bám bẩn, màng nhện.	5
2	Hành lang, cầu thang sạch sẽ không có rác rơi vãi	3
3	Các quạt, điều hòa sạch không bám bụi bẩn	3
4	Nhà VS, nhà tắm sạch, không mùi hôi, và có thùng đựng chất thải.	3
5	Bồn NVS không tắc hỏng, không dính phân, nước tiểu.	5
6	Có bảng giám sát vệ sinh hằng ngày, có phân công lịch vệ sinh định kỳ tại khoa cho NV trong khoa (phòng thủ thuật, phòng tiêm, phòng thay đồ cá nhân, phòng sinh hoạt chung, phòng hành chính khoa,...)	2
Tổng		21

Bảng 1.3: Kết quả thực hiện công tác vệ sinh môi trường tại các khoa

TT	KHOA	Điểm	Tỷ lệ đạt	Chưa đạt
1	Gây mê hồi sức	25/25	100%	0%
2	Xét nghiệm	12/12	100%	0%
3	Chẩn đoán hình ảnh	11,5/12	95,8%	4,2%
4	Cấp cứu HSTC- CD	20/21	95,2%	4,8%
5	Khám bệnh	20/21	95,2%	4,8%
6	Nhi	19,5/21	92,8%	7,2%
7	Nội Tổng hợp	19,5/21	92,8%	7,2%
8	Sản	19,5/21	92,8%	7,2%
9	Y dược cổ truyền- PHCN	19,5/21	92,8%	7,2%
10	Liên chuyên khoa	19,5/21	92,8%	7,2%
11	Nội tim mạch	19,5/12	92,8%	7,2%

12	Ngoại	19,5/21	92,8%	7,2%
13	Truyền nhiễm	19/21	90,4%	9,6%

Nhận xét: Công tác vệ sinh môi trường tại khoa Gây mê hồi sức, xét nghiệm đã thực hiện rất tốt, đạt 100% tiêu chí đề ra, điều này cần được ghi nhận và tiếp tục duy trì.

Tại khoa Truyền nhiễm công tác vệ sinh môi trường trong quý 2/2025 chưa đạt kết quả cao, một phần do nhân lực bố trí cố định tại khoa nghỉ ốm, nghỉ phép kéo dài nên phải điều động hàng tuần. Điều này ảnh hưởng đến chất lượng và hiệu quả công việc.

Tuy nhiên, một số khoa vẫn gặp phải tình trạng vệ sinh chưa đảm bảo do yếu tố khách quan, như lượng bệnh nhân đông, bệnh nhân chưa có ý thức giữ gìn vệ sinh chung, và một số vị trí vệ sinh khó tiếp cận. Đây là những vấn đề cần được các khoa chú trọng và tìm cách khắc phục.

Lỗi phổ biến nhất là nhà vệ sinh bệnh nhân còn bám bẩn, có mùi hôi, ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng môi trường bệnh viện. Để khắc phục tình trạng này, các khoa cần phối hợp với khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn tăng cường giám sát nội bộ, nhắc nhở nhân viên vệ sinh tại khoa thực hiện đúng quy trình, xử lý kịp thời các tình huống phát sinh. Việc duy trì môi trường sạch sẽ sẽ góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ và bảo vệ sức khỏe cho bệnh nhân cũng như nhân viên y tế.

Lỗi hay gặp trong công tác vệ sinh môi trường đó là hệ thống quạt trần, quạt tường còn bám bụi bẩn. Đề khắc phục tình trạng này, kính đề nghị phòng hành chính quản trị phối hợp với khoa kiểm soát nhiễm khuẩn vệ sinh 03 tháng/lần để đảm bảo công tác vệ sinh.

Bảng 1.4: Bảng kiểm theo tiêu chí đánh giá Phân loại chất thải y tế

STT	Nội dung thực hiện	Điểm chuẩn
1	Phân loại đúng CTYT tại khoa phòng. Theo đúng hướng dẫn của thông tư 20/TT-BYT.	10
2	Phương tiện thu gom, lưu chứa chất thải đảm bảo quy định (Có ghi rõ tên khoa phòng ở thùng rác, túi rác; Có biểu tượng đúng quy định, nắp đóng mở thuận tiện, sạch sẽ; Túi lót có màu sắc đúng quy định (nếu có); Đặt tại vị trí phù hợp; Có bảng hướng dẫn phân loại rác tại vị trí đặt thùng)	5
3	Lưu giữ chất thải đúng quy định (Vị trí lưu giữ chất thải lây nhiễm tại khoa bố trí phù hợp, đúng yêu cầu kỹ thuật; không để rác tràn ra ngoài, Thùng rác không đung quá đầy (3/4), được đậy nắp, lưu giữ không quá 48h)	5
Tổng		20

Bảng 1.5: Kết quả thực hiện công tác phân loại chất thải tại các khoa

TT	KHOA	Điểm	Tỷ lệ đạt	Chưa đạt
1	Y dược cổ truyền- PHCN	20/20	100%	0%
2	Cấp cứu HSTC- CĐ	20/20	100%	0%
3	Truyền nhiễm	20/20	100%	0%

4	Khám bệnh	20/20	100%	0%
5	Gây mê hồi sức	9/9	100%	0%
6	Liên chuyên khoa	20/20	100%	0%
7	Chẩn đoán hình ảnh	30/30	100%	0%
8	Xét nghiệm	29/30	96,6%	3,4%
9	Nhi	19/20	95%	5%
10	Nội tim mạch	19/20	95%	5%
11	Nội tổng hợp	19/20	95%	5%
12	Sản	18/20	90%	10%
13	Ngoại	14/20	70%	30%

- **Nhận xét:** Tại khoa YDCT-PHCN, cấp cứu HSTC-CD, Truyền nhiễm, Khám bệnh, Gây mê hồi sức, Liên chuyên khoa đã thực hiện rất tốt công tác quản lý chất thải y tế. Nhân viên trong khoa nắm chắc được kiến thức và phương án ứng phó sự khi có sự cố về chất thải phát sinh. Đạt 100% tiêu chí theo bảng kiểm.

Các khoa còn lại trong bệnh viện nhìn chung vẫn còn tồn tại một số hạn chế về kiến thức và thực hành phân loại, lưu giữ chất thải y tế theo quy định. Kính đề nghị lãnh đạo các khoa tăng cường công tác đào tạo, phổ biến và giám sát thực hiện quy trình phân loại chất thải y tế tại đơn vị mình.

Tại khoa Sản, công tác phân loại chất thải y tế chưa thực hiện đúng theo quy định tại Thông tư 20/2021/TT-BYT. Cụ thể còn xảy ra tình trạng bỏ vỏ ống nước cất (rác không lây nhiễm) vào thùng kháng khuẩn (dung cho chất thải sắc nhọn nguy hại như kim tiêm, lưỡi dao mổ...) . Điều này gây lãng phí tài nguyên và chi phí xử lý cũng như tiêu chuẩn kiểm định và đánh giá chất lượng. Đề nghị các khoa nghiêm túc chấn chỉnh, rà soát và nhắc nhở nhân viên thực hiện đúng quy định để đảm bảo an toàn kiểm soát nhiễm khuẩn.

Lỗi phổ biến tại các khoa ghi nhận sau đợt giám sát là việc bố trí, sắp xếp các thùng rác chưa hợp lý. Cụ thể: thùng rác lây nhiễm đặt giữa thùng rác tái chế và rác thải sinh hoạt...Điều này làm tăng nguy cơ lây nhiễm chéo, vi phạm quy định kiểm soát nhiễm khuẩn theo thông tư 20/2021/TT-BYT, ảnh hưởng đến an toàn môi trường và sức khỏe cộng đồng. Đề nghị các khoa các khoa sắp xếp, bố trí lại nhằm đảm bảo công tác an toàn trong công tác phân loại, thu gom và xử lý chất thải.

Bảng 1.6: Bảng kiểm theo tiêu chí đánh giá Vệ sinh tay

STT	Nội dung thực hiện	Điểm chuẩn
1	Nơi rửa tay thuận tiện có đầy đủ phương tiện rửa tay thường quy (Kiểm tra thực tế)	5
2	Có bảng hướng dẫn vệ sinh tay tại các bồn rửa tay và tại các vị trí để dung dịch sát khuẩn tay nhanh (Kiểm tra thực tế)	

3	Có sẵn các dung dịch sát khuẩn tay nhanh tại các vị trí (hành lang, bàn khám bệnh)	5
4	NVYT tuân thủ vệ sinh tay thường quy theo quy định của bộ y tế, giám sát tuân thủ VST 100% . (Quan sát NVYT tuân thủ VST, và rửa tay đúng kỹ thuật, xem phiếu đánh giá thực hành VST) (1 điểm: 0%- 10%, 2 điểm: 10%-20%...9 điểm: 80%-90%) (Sử dụng kết quả giám sát VST theo kế hoạch số 485/KH-BV về hưởng ứng chiến dịch VST năm 2025)	10
5	Thái độ tuân thủ vệ sinh tay của NVYT (đặt câu hỏi và quan sát thực tế)	5
Tổng		30

Bảng 1.7: Kết quả thực hiện công tác vệ sinh tay tại các khoa

TT	KHOA	Điểm	Tỷ lệ đạt	Chưa đạt
1	Chẩn đoán hình ảnh -TDCN	40/40	100%	0%
2	Nhi	29/30	96,6%	3,4%
3	Cấp cứu HSTC- CĐ	29/30	96,6%	3,4%
4	Nội Tổng hợp	29/30	96,6%	3,4%
5	Khám bệnh	29/30	96,6%	3,4%
5	Xét nghiệm	38/40	95%	5%
6	Gây mê hồi sức	19/20	95%	5%
8	Y dược cổ truyền- PHCN	28/30	93,3%	6,7%
9	Truyền nhiễm	28/30	93,3%	6,7%
10	Nội tim mạch- lão khoa	28/30	93,3%	6,7%
11	Liên chuyên khoa	27/30	90%	10%
12	Sản	26/30	86,7%	13,3%
13	Ngoại	26/30	86,7%	13,3%

Nhận xét: Công tác vệ sinh tay tại Khoa CDHA - TDCN đạt tỷ lệ cao nhất với 100%. Các khoa còn lại tuy đã triển khai thực hiện nhưng chưa đạt được tiêu chí đề ra, nguyên nhân chủ yếu do việc tuân thủ thực hành vệ sinh tay theo 5 thời điểm bắt buộc chưa nghiêm túc. Đặc biệt tại một số khoa như: Sản, Ngoại đạt kết quả thấp với tỉ lệ 86,7%.

Tại khoa sản: Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế đạt 66%. Đề nghị lãnh đạo khoa tăng cường đào tạo, giám sát, nhắc nhở nhân viên tuân thủ thực hành vệ sinh tay theo 5 thời điểm bắt buộc theo khuyến cáo của WHO.

Tại khoa ngoại (phòng tiểu phẫu) các phương tiện vệ sinh tay như: bồn rửa ray, khăn lau tay còn bẩn. Đề nghị lãnh đạo khoa giám sát, đôn đốc, nhắc nhở và phân công nhân viên phụ trách phòng thực hiện công tác vệ sinh, phòng ngừa nhiễm khuẩn.

Bảng 1.8: Bảng kiểm theo tiêu chí đánh giá Xử lý dụng cụ

STT	Nội dung thực hiện	Điểm chuẩn
1	Có bảng hướng dẫn xử lý dụng cụ, bảng hướng dẫn cách pha hóa chất với dụng cụ đang sử dụng.	2
2	Có hóa chất khử khuẩn và được sử dụng, bảo quản theo đúng quy định	2
3	Dụng cụ dùng lại được xử lý theo đúng quy trình hướng dẫn (các bước theo thứ tự, hóa chất ngâm, thời gian ngâm, cọ rửa, lau khô, đóng gói)	10
4	Các dụng cụ như dây thở máy, bình làm ẩm oxy, dây máy hút, bình đựng dung dịch sát khuẩn... phải được vệ sinh và xử lý đúng qui định	3
5	Hộp đựng dụng cụ vô khuẩn được bảo quản đúng quy định (niêm phong và không kênh hở - quan sát thực tế hoặc hỏi nhân viên thực hiện quy trình)	3
6	Nơi cọ rửa, xử lý đồ bẩn – sạch không rơi vãi chất tiết, đất, rác trên sàn.	2
7	Không để lẫn dụng cụ sạch và vô khuẩn	2
8	Thái độ tuân thủ quy trình xử lý dụng cụ của NVYT (đặt câu hỏi và quan sát thực tế)	2
Tổng		26

Bảng 1.9: Kết quả thực hiện công tác xử lý dụng cụ tại các khoa

TT	KHOA	Điểm	Tỷ lệ đạt	Chưa đạt
1	Nội tổng hợp	26/26	100%	0%
2	Cấp cứu HSTC - CD	26/26	100%	0%
3	Nội Tim mạch	26/26	100%	0%
4	Truyền nhiễm	26/26	100%	0%
5	Gây mê hồi sức	24/24	100%	0%
6	Liên chuyên khoa	26/26	100%	0%
7	Chẩn đoán hình ảnh- TDCN	26/26	100%	0%
8	Nhi	25/26	96,1%	3,9%
9	Y dược cổ truyền- PHCN	25/26	96,1%	3,9%
10	Xét nghiệm	17/18	94,4%	5,6%
11	Sản	24/26	92,3%	7,7%

12	Ngoại	24/26	92,3%	7,7%
13	Khám bệnh	22/26	84,6%	15,4%

Nhận xét: Công tác xử lý dụng cụ tại các khoa Nội tổng hợp, Cấp cứu HSTC- CD, Nội Tim mạch lão khoa, Gây mê hồi sức, Truyền nhiễm, Chẩn đoán hình ảnh và Nhi đạt 100% tiêu chí theo bảng kiểm, đảm bảo đúng quy trình xử lý và an toàn kiểm soát nhiễm khuẩn.

Tuy nhiên, tại các khoa như: Xét nghiệm, Sản, Ngoại, Khám bệnh, công tác xử lý dụng cụ sau sử dụng chưa thực hiện đúng quy trình, ảnh hưởng đến chất lượng làm sạch và làm giảm tuổi thọ của dụng cụ. Đồng thời, một số nhân viên trong khoa chưa nắm vững kiến thức chuyên môn về quy trình xử lý dụng cụ theo hướng dẫn hiện hành.

Tại khoa Ngoại (phòng tiểu phẫu) thời điểm giám sát ghi nhận: Nơi để dụng cụ có bụi bám bẩn, nơi ngâm dụng cụ bẩn- không được lau chùi, khăn để lau dụng cụ bẩn- không được giặt và hấp sấy theo quy định. Điều này ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng và hiệu quả trong công tác điều trị, chăm sóc và kiểm soát nhiễm khuẩn. Đề nghị lãnh đạo khoa thường xuyên giám sát, đôn đốc, nhắc nhở nhân viên phụ trách phòng thực hiện công tác vệ sinh, đảm bảo phương tiện xử lý dụng cụ theo quy trình.

Tại Khoa khám bệnh nhân viên chưa nắm rõ kiến thức, phương tiện để xử lý dụng cụ (vị trí để thùng ngâm dụng cụ không rõ) thao tác quy trình xử lý dụng cụ, dẫn đến thực hành chưa đúng chuẩn.

Lỗi phổ biến ghi nhận trong quá trình xử lý dụng cụ là: tại bước 3 của quy trình xử lý dụng cụ quy định “ ngâm dụng cụ trong nước và xả phòng để loại bỏ máu và tạp chất hữu cơ bám trên dụng cụ, thời gian ngâm 10-15 phút hoặc theo hướng dẫn của nhà sản xuất” trước khi ngâm vào dung dịch làm sạch và khử nhiễm, thực tế khi được hỏi tổ giám sát nhận được câu trả lời “ rửa dụng cụ dưới vòi nước chảy...trước khi ngâm vào dung dịch khử nhiễm” Điều này làm tăng nguy cơ lây nhiễm cho nhân viên, phát tán mầm bệnh ra môi trường, giảm hiệu quả làm sạch và diệt khuẩn, cũng như vi phạm quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn. Đề nghị lãnh đạo khoa tăng cường công tác đào tạo, tập huấn lại cho nhân viên về quy trình xử lý dụng cụ, giao trách nhiệm rõ ràng cho người phụ trách xử lý dụng cụ tại khoa.

Ngoài ra, một số khoa khác trong bệnh viện cũng còn tồn tại hạn chế về kiến thức quy trình thực hiện, ảnh hưởng đến hiệu quả xử lý dụng cụ, tiềm ẩn nguy cơ ảnh hưởng đến an toàn kiểm soát nhiễm khuẩn.

Kính đề nghị các khoa tiến hành rà soát, cập nhật lại quy trình xử lý dụng cụ, tổ chức tập huấn, hướng dẫn cho nhân viên thực hiện đúng theo quy định, đảm bảo hiệu quả xử lý tối ưu và an toàn cho người bệnh.

Bảng 1.10: Bảng kiểm theo tiêu chí đánh giá quản lý đồ vải

STT	Nội dung thực hiện	Điểm chuẩn
1	Có lịch thay đổi vải định kỳ và khi cần	1
2	Có quy định nơi để đồ vải sạch và đồ bẩn riêng. Đồ vải bẩn được thu về và để trong các túi, thùng hoặc xe đẩy	1

3	Đồ vải người bệnh và người nhà người bệnh được cung cấp đầy đủ số lượng.	1
Tổng		3

Bảng 1.11: Kết quả thực hiện công tác quản lý đồ vải tại các khoa

TT	KHOA	Điểm	Tỷ lệ đạt	Chưa đạt
1	Nội tổng hợp	3/3	100%	0%
2	Cấp cứu HSTC- CĐ	3/3	100%	0%
3	Truyền nhiễm	3/3	100%	0%
4	Nội tim mạch	3/3	100%	0%
5	Y dược cổ truyền- PHCN	3/3	100%	0%
6	Nhi	2,5/3	83,3%	16,7%
7	Liên chuyên khoa	2,5/3	83,3%	16,7%
8	Khám bệnh	2,5/3	83,3%	16,7%
9	Ngoại	2,5/3	83,3%	16,7%
10	Sản	2/3	66,7%	33,3%

Nhận xét: Phần lớn công tác quản lý đồ vải tại các khoa/phòng được thực hiện nghiêm túc, đảm bảo đúng quy trình và quy định.

Tuy nhiên, tại khoa Nhi, Liên chuyên khoa, Khám bệnh, Ngoại, Sản việc ghi chép sổ giao nhận đồ vải còn chưa đầy đủ, thiếu chữ ký xác nhận giữa các bên giao - nhận, sổ giao nhận: không có liên lưu lại, không có sổ giao nhận đồ vải trước ngày giám sát gây khó khăn trong công tác theo dõi và quản lý.

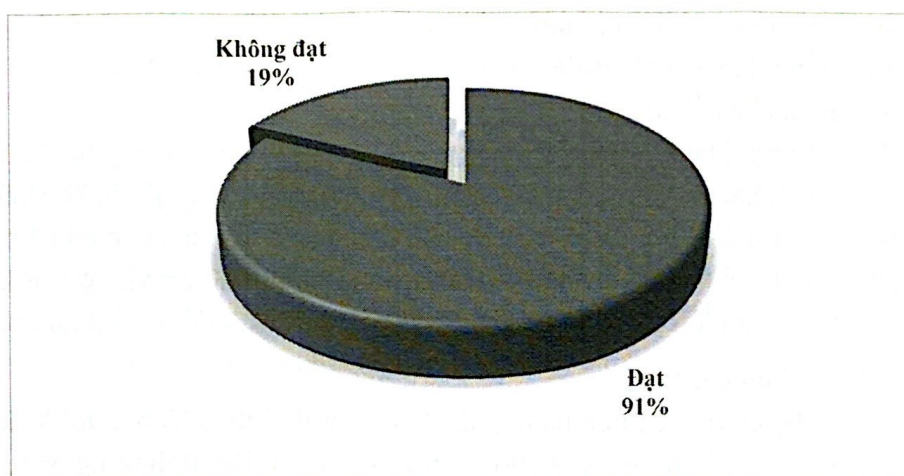
Quá trình giám sát, tổ giám sát ghi nhận: Tại khoa sản còn tình trạng đồ vải bẩn để lẫn với đồ vải sạch (ruột gối để chung với đồ vải bẩn trên xe để đồ vải bẩn). Điều này không đúng với quy định về việc thu gom, phân loại đồ vải, làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện.

Kính đề nghị khoa nghiêm túc rà soát, chấn chỉnh và thực hiện đầy đủ việc ký nhận, ghi chép sổ giao – nhận đồ vải, phân loại đồ vải theo đúng quy định của bệnh viện, nhằm đảm bảo công tác kiểm soát nhiễm khuẩn và công tác lưu trữ hồ sơ quản lý hành chính y tế được chặt chẽ.

Bảng 1.12: Bảng kiểm theo tiêu chí đánh giá phòng ngừa chuẩn tại khoa GMHS

STT	Nội dung thực hiện	Điểm chuẩn
1	Thiết lập khu vực giới hạn trong khoa phẫu thuật (vô khuẩn, sạch, bản)	4
2	Mọi người khi vào khoa phẫu thuật phải thay trang phục theo quy định. Không mặc áo phẫu thuật trùm lên áo cá nhân	3
3	Có nơi thay dép. Dép đi trong khoa phẫu thuật phải cọ rửa hằng ngày và không đi ra ngoài	3
4	Khẩu trang mang trong khu vực vô khuẩn phải che kín miệng và mũi. Mũi trùm kín tóc sử dụng 1 lần	3
5	Nhân viên không sơn và không để móng tay dài. Không đeo trang sức trong khi làm việc trong phòng mổ	3
6	Nhân viên khi ra khỏi khoa phải thay đổi toàn bộ trang phục	3
7	Khăn ga trải bàn phẫu thuật sạch và nguyên vẹn	3
Tổng điểm		22

Biểu đồ 1.13: Kết quả thực hiện công tác phòng ngừa chuẩn tại các khoa GMHS



- **Nhận xét:** Tiêu chí phòng ngừa chuẩn được áp dụng tại Khoa Gây mê phẫu thuật. Tại thời điểm kiểm tra, khoa đạt 20/22 điểm, tương ứng với tỷ lệ đạt 91% so với tiêu chí đề ra.

Tuy nhiên, đoàn kiểm tra ghi nhận vẫn còn tình trạng một số nhân viên trong khoa chưa tuân thủ đầy đủ việc thay toàn bộ trang phục bảo hộ khi ra khỏi khu vực phẫu thuật, vi phạm quy định về kiểm soát nhiễm khuẩn tại khu vực vô khuẩn. Hành động này tiềm ẩn nguy cơ làm ảnh hưởng đến chất lượng kiểm soát nhiễm khuẩn và an toàn người bệnh. Lỗi này đã được ghi nhận và kiến nghị từ các đợt giám sát trước nhưng đến nay vẫn chưa được khắc phục triệt để.

Kính đề nghị Khoa Gây mê phẫu thuật nghiêm túc rút kinh nghiệm, thực hiện rà soát và nhắc nhở toàn bộ nhân viên tuân thủ đúng quy định thay trang phục khi ra – vào khu vực phẫu thuật, đảm bảo thực hiện tốt công tác phòng ngừa chuẩn trong kiểm soát nhiễm khuẩn tại bệnh viện.

2. ĐỀ XUẤT, KIẾN NGHỊ

Qua quá trình kiểm tra, giám sát công tác kiểm soát nhiễm khuẩn quý II năm 2025, Đoàn kiểm tra nhận thấy tình hình thực tế tại các khoa/phòng vẫn còn tồn tại một số hạn chế do cả nguyên nhân khách quan và chủ quan, ảnh hưởng đến hiệu quả công tác kiểm soát nhiễm khuẩn chung toàn viện. Để khắc phục và nâng cao chất lượng công tác KSNK trong thời gian tới, khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn kính đề xuất và kiến nghị một số nội dung sau:

2.1. Về công tác vệ sinh môi trường

Để công tác vệ sinh môi trường (VSMT) tại các khoa được đảm bảo, việc phối hợp chặt chẽ giữa các khoa và khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn là rất quan trọng. Ngoài việc nhắc nhở và giám sát nhân viên vệ sinh làm việc tại các khoa, một số vấn đề cần được chú ý để nâng cao hiệu quả công tác vệ sinh, bao gồm:

- Thiết bị vệ sinh hư hỏng: Các thiết bị vệ sinh như nền nhà bị vỡ, hỏng cần được sửa chữa kịp thời để không gây khó khăn trong công tác vệ sinh.
- Vệ sinh định kỳ: Các thiết bị như điều hòa và quạt trần cần được vệ sinh định kỳ 3 tháng một lần để đảm bảo chất lượng môi trường không bị ảnh hưởng.
- Các khoa cần đôn đốc và nhắc nhở người bệnh, người nhà người bệnh bỏ rác đúng nơi quy định, tránh tình trạng vứt rác bừa bãi ở những vị trí khó xử lý như mái tôn, mái bằng, lan can, đồ nước, thức ăn... thẳng xuống tầng 1 ngay vị trí các bồn hoa ngoại cảnh các khoa.

Kính đề nghị bệnh viện có phương án hỗ trợ sửa chữa và thay thế những thiết bị vệ sinh đã hư hỏng, tạo điều kiện cho công tác vệ sinh môi trường tại các khoa được đảm bảo, giúp duy trì một môi trường làm việc và điều trị sạch sẽ, an toàn cho tất cả mọi người.

Kính đề nghị phòng Hành chính Quản trị phối hợp tháo dỡ và vệ sinh hệ thống quạt định kỳ 3 tháng một lần để đảm bảo chất lượng vệ sinh và môi trường tại các khoa.

2.2. Phân loại chất thải

Hiện tại, bệnh viện đã tiến hành phân loại chất thải theo Thông tư 20/2021/TT-BYT và đã tổ chức tập huấn hướng dẫn cho nhân viên. Tuy nhiên, tình trạng phân loại chất thải sai quy định vẫn còn xảy ra tại một số khoa.

Để đảm bảo tuân thủ nghiêm ngặt các quy định về phân loại, lưu giữ chất thải, kính đề nghị lãnh đạo các khoa đặc biệt quan tâm và thường xuyên nhắc nhở, hướng dẫn nhân viên trong khoa thực hiện đúng quy trình phân loại và lưu giữ chất thải theo đúng quy định. Công tác này không chỉ giúp bảo vệ môi trường mà còn góp phần đảm bảo an toàn sức khỏe cho tất cả mọi người trong bệnh viện. Sự hỗ trợ và phối hợp chặt chẽ của các khoa là yếu tố quan trọng để duy trì môi trường làm việc sạch sẽ, an toàn và hiệu quả.

Việc đặt thùng rác lây nhiễm cạnh các thùng rác tái chế hay sinh hoạt... là vi phạm nguyên tắc phân loại chất thải y tế và tiềm ẩn nhiều rủi ro nghiêm trọng. Đề nghị các khoa rà soát, sắp xếp lại vị trí đặt các thùng rác hợp lý, đảm bảo an toàn trong quá trình phân loại, thu gom, vận chuyển và lưu giữ chất thải theo quy định.

Kính mong lãnh đạo các khoa xem xét và chỉ đạo thực hiện công tác này một cách nghiêm túc và hiệu quả.

2.3. Vệ sinh tay

Để đảm bảo hiệu quả công tác vệ sinh tay và nâng cao chất lượng công tác chăm sóc sức khỏe, kính đề nghị các khoa thực hiện nghiêm túc các quy định về vệ sinh tay.

Cụ thể, đề nghị các khoa thực hiện đầy đủ 5 thời điểm rửa tay và 6 bước vệ sinh tay theo hướng dẫn của Bộ Y tế. Đồng thời, sử dụng khăn lau tay đúng quy chuẩn để đảm bảo vệ sinh, tránh nguy cơ lây nhiễm chéo.

Việc thực hiện đúng các quy định này sẽ góp phần quan trọng trong việc bảo vệ sức khỏe nhân viên y tế và bệnh nhân, đồng thời nâng cao chất lượng dịch vụ tại bệnh viện.

Kính mong lãnh đạo các khoa quan tâm và chỉ đạo nhân viên thực hiện nghiêm túc quy trình vệ sinh tay, tạo môi trường làm việc sạch sẽ và an toàn cho tất cả mọi người.

2.4. Làm sạch dụng cụ

Hiện tại, bệnh viện đang áp dụng mô hình khử khuẩn - tiệt khuẩn dụng cụ bán tập trung nhằm đảm bảo an toàn và chất lượng cho người bệnh. Để mô hình này đạt hiệu quả cao, kính đề nghị các khoa chủ động thực hiện các bước làm sạch, khử khuẩn dụng cụ theo đúng quy trình và hướng dẫn của khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn.

Ngoài ra, khi sử dụng hóa chất để xử lý dụng cụ, các khoa cần chú ý bảo quản hóa chất đúng quy định, đảm bảo sử dụng đúng liều lượng và thời gian như hướng dẫn để đảm bảo hiệu quả khử khuẩn.

Đối với dụng cụ vô khuẩn khi nhận từ khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn, các khoa cần bảo quản đúng quy định để đảm bảo chất lượng dụng cụ, tránh làm giảm hiệu quả tiệt khuẩn và đảm bảo an toàn cho bệnh nhân.

Kính mong lãnh đạo các khoa quan tâm và chỉ đạo thực hiện nghiêm túc các quy trình này, góp phần nâng cao chất lượng công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cho người bệnh.

2.5. Quản lý đồ vải

Hiện nay, các khoa đã phân công lịch thay đồ vải định kỳ cho bệnh nhân và có kho lưu trữ đồ vải sạch để thay thế khi cần. Tuy nhiên, để đảm bảo công tác vệ sinh và kiểm soát chất lượng, khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn kính đề nghị các khoa thực hiện một số điều chỉnh như sau:

- Quản lý đồ vải sạch: Các khoa cần quản lý chặt chẽ số lượng đồ vải sạch, tránh để bệnh nhân tự ý sử dụng kho đồ vải tại khoa. Việc giao nhận đồ vải cần phải có kí nhận đúng quy định, đảm bảo tính minh bạch và kiểm soát.
- Quản lý khu vực để đồ vải bẩn: Khu vực để đồ vải bẩn cần được bố trí gọn gàng, ở nơi ít người qua lại, tránh để ở hành lang hoặc những nơi gây mất mỹ quan và ảnh hưởng đến lối đi, bảo đảm vệ sinh chung cho bệnh viện.
- Vệ sinh đồ vải: Đối với các đồ vải là ruột gối sau khi bệnh nhân ra viện, nếu bị bẩn, cần được vệ sinh, lau chùi sạch sẽ và phơi khô đúng quy trình để đảm bảo an toàn và chất lượng.

Kính mong lãnh đạo các khoa chú ý và chỉ đạo thực hiện nghiêm túc các quy định trên, góp phần nâng cao chất lượng công tác vệ sinh và chăm sóc bệnh nhân tại bệnh viện.

2.6. Phòng ngừa chuẩn

Để đảm bảo công tác kiểm soát nhiễm khuẩn được thực hiện hiệu quả, kính đề nghị khoa Gây mê Phẫu thuật tuân thủ nghiêm ngặt quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn. Cụ thể, chỉ sử dụng quần áo vô khuẩn trong khu vực vô khuẩn và thay toàn bộ trang phục khi ra khỏi khoa để ngăn ngừa nguy cơ nhiễm khuẩn và đảm bảo an toàn cho bệnh nhân.

Việc thực hiện đúng quy trình này không chỉ giúp bảo vệ sức khỏe bệnh nhân mà còn góp phần duy trì môi trường làm việc an toàn cho đội ngũ y bác sĩ và nhân viên y tế.

Kính mong lãnh đạo khoa chỉ đạo và đảm bảo thực hiện nghiêm túc các yêu cầu này.

Trên đây là báo cáo kết quả kiểm tra giám sát công tác Kiểm soát nhiễm khuẩn trong Quý II năm 2025 và một số đề xuất, kiến nghị nhằm khắc phục và nâng cao hiệu quả công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại bệnh viện.

Khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn kính đề nghị Ban Giám đốc và các khoa phòng lưu ý và thực hiện các đề xuất, kiến nghị nhằm cải thiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn, đảm bảo môi trường làm việc và điều trị an toàn cho nhân viên và bệnh nhân.

Trân trọng thông báo và kính mong nhận được sự phối hợp từ các khoa phòng để triển khai các biện pháp hiệu quả trong thời gian tới.

**CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG KSNK
GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN**



NGUYỄN VIỆT THÁI

**THƯ KÝ HỘI ĐỒNG KSNK
PHÓ TRƯỞNG KHOA KSNK**



HỒ THỊ HẢI LÝ