

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG GHI CHÉP HỒ SƠ BỆNH ÁN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN BỎNG QUỐC GIA NĂM 2020

Dương Thị Khánh Vân, Ngô Minh Đức, Đỗ Thị Thoa,
Đoàn Thị Thanh Mai, Nguyễn Thị Thảo, Nguyễn Thị Thùy Liên
Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả chất lượng và một số yếu tố liên quan đến việc ghi chép hồ sơ bệnh án nội trú của điều dưỡng tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang, mô tả có phân tích hồ sơ ghi chép của điều dưỡng trong 393 bệnh án nội trú tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia từ tháng 4/2020 đến tháng 9/2020.

Kết quả: Ghi chép phần làm bệnh án đạt 79,9%, ghi chưa tốt tập trung vào ghi chép phần đối tượng bệnh nhân (3,8%) và thẻ bảo hiểm y tế - BHYT (3,1%). Ghi chép chẩn đoán vào khoa điều trị đạt 87%.

Ghi các mục của phiếu theo dõi chức năng sống cơ bản đầy đủ đúng quy định (từ 90,5% đến 96,7%), phần điều dưỡng có ký tên và ghi tên chỉ đạt 84,1%. Phiếu chăm sóc được ghi tốt, đầy đủ (đạt 98,5% đến 97,9%). 77,1% số phiếu công khai dịch vụ khám, chữa bệnh nội trú ghi đạt. 76,6% các phiếu chuẩn bị trước phẫu thuật ghi đạt. 77,7% bảng theo dõi hồi tỉnh ghi đạt. Khoa Điều trị Bỏng Trẻ em ghi chép phiếu chăm sóc tốt nhất ($p < 0,05$), các phiếu còn lại là Trung tâm Liền vết thương, ghi tốt nhất. Điều dưỡng dưới 5 năm công tác ghi tốt nhất phiếu chăm sóc với 75% đạt.

Kết luận: Cơ bản thủ tục hành chính hồ sơ bệnh án, các phiếu điều dưỡng ghi chép đầy đủ, đúng quy định. Ghi chép chưa đầy đủ thẻ BHYT, họ tên địa chỉ người nhà bệnh nhân (BN), đối tượng người bệnh, tên nhân viên y tế (NVYT) thực hiện, người nhà bệnh nhân ký, ghi nội dung giáo dục sức khỏe khi người bệnh ra viện. Ghi chép tốt chủ yếu ở một số khoa Trung tâm Liền vết thương (TT LVT), Khoa Điều trị Bỏng Trẻ em, Khoa Điều trị Bỏng Người lớn. Chất lượng ghi hồ sơ bệnh án chưa tương xứng với số năm kinh nghiệm của điều dưỡng.

Từ khóa: Chất lượng, hồ sơ bệnh án, điều dưỡng.

ABSTRACT

Objective: Describe the quality and factors associated with recording the medical records of nurses at the National Burn Hospital.

Subjects and methods: A cross-sectional, descriptive study with analysis to record 393 inpatients medical records of nurses at the National Burn Hospital from April 2020 to September 2020.

Result: Recording the medical record was good in 79.9% of the votes, not so good, focusing on recording the patient population (3.8%) and the health insurance card (3.1%). Diagnostic recording in the treatment department was at 87% of the votes.

Most of the items on the vital function monitoring sheet were well documented (from 90.5% to 96.7%), the part of nurses signed and signed up was only 84.1%. Most of the contents of the health care form were well and fully recorded (98.5% to 97.9%). 77.1% of the votes for public inpatient medical services were recorded well. 77.7% of the regression monitoring boards were well recorded. Department of Pediatric Burns treatment recorded the contents of the health care form correctly and achieved the highest rate ($p < 0.05$), the best record in other forms was the Wound Healing Center ($p < 0.01$). Nurses under 5 years working in the exam recorded the contents of the health care form was the highest correct rate with 75% of votes.

Conclusion: Most of the administrative procedures of medical records and the nursing cards are recorded fully and in accordance with regulations. The contents were not done well such as data cards about health insurance, full name and address of the patient's family, the patient's subject, the name of the medical staff, the sign of the patient's family, health education contents. Record good records mainly in some departments such as: Wound Healing Center, Department of Pediatric Burns, Department of Adult Burns. The quality of medical records recording is not commensurate with the number of years of experience in nurses.

Keywords: Quality, medical record, nurse

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Một trong những tiêu chí đánh giá quan trọng trong công tác kiểm tra hàng năm tại các bệnh viện từ tuyến địa phương đến Trung ương trong cả nước là việc thực hiện "Quy chế về chẩn đoán bệnh, làm hồ sơ bệnh án (HSBA) và kê đơn điều trị". Đây là một trong 14 quy chế chuyên môn đã được Bộ Y tế (BYT) ban hành theo Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT ngày 19/9/1997 nhằm đảm bảo những nguyên tắc cơ bản trong khám chữa bệnh, kê đơn điều trị và làm HSBA [1]. Qua đó, nâng cao chất lượng HSBA, chất lượng chẩn đoán, điều trị, theo dõi và chăm sóc người bệnh tại các cơ sở y tế công và tư trên toàn

quốc. Hồ sơ bệnh án là tài liệu khoa học về chuyên môn kỹ thuật, chứng từ tài chính và tài liệu pháp y [1], [2].

Việc làm HSBA phải được tiến hành khẩn trương, khách quan, thận trọng, tỉ mỉ, chính xác và khoa học. HSBA được nhân viên y tế (NVYT) tiến hành ngay khi bệnh nhân nhập viện, nó chứa đựng các thông tin quan trọng về cuộc sống và sức khỏe của người bệnh trong quá khứ, hiện tại và diễn biến quá trình điều trị cho người bệnh [1], [2].

Bệnh viện Bông Quốc gia là bệnh viện tuyến cuối chuyên ngành Bông với 360 giường bệnh, hàng năm tiếp nhận khoảng 5.000 bệnh nhân điều trị nội trú. Chất lượng ghi chép HSBA đã và đang được

Ban Giám đốc Bệnh viện quan tâm. Phòng Kế hoạch Tổng hợp được Ban Giám đốc giao nhiệm vụ quản lý và giám sát việc tuân thủ Quy chế HSBA tại bệnh viện. Tuy nhiên, qua kết quả kiểm tra bệnh án hàng ngày, bình bệnh án hàng tháng và kết quả kiểm tra bệnh viện hàng năm thì công tác thực hiện Quy chế hồ sơ bệnh án đang còn nhiều bất cập. Mặc dù 100% bệnh án được Phòng Kế hoạch Tổng hợp kiểm tra hàng ngày nhưng chưa thống kê cụ thể tỷ lệ đạt về các cấu phần của HSBA của cả bác sĩ và điều dưỡng.

Để đảm bảo quyền lợi cho người bệnh và tránh thất thoát tài chính cho Bệnh viện, việc thực hiện đúng Quy chế làm HSBA rất quan trọng. Hiện tại, chưa có nghiên cứu nào được thực hiện tại bệnh viện để có thể đưa ra một bức tranh toàn cảnh về việc ghi chép HSBA nội trú và các yếu tố liên quan đến chất lượng ghi chép HSBA tại Bệnh viện Bông Quốc gia. Để đánh giá chất lượng ghi chép hồ sơ bệnh án của điều dưỡng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *"Đánh giá chất lượng ghi chép hồ sơ bệnh án điều trị nội trú của điều dưỡng tại Bệnh viện Bông Quốc gia năm 2020"* với các mục tiêu sau:

1. *Mô tả chất lượng hồ sơ bệnh án nội trú của điều dưỡng tại Bệnh viện Bông Quốc gia từ ngày 01/04/2020 đến ngày 30/9/2020.*

2. *Đánh giá một số yếu tố liên quan đến việc ghi chép hồ sơ bệnh án nội trú của điều dưỡng tại Bệnh viện Bông Quốc gia.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

393 hồ sơ ghi chép điều dưỡng của bệnh án nội trú được lưu trữ tại Phòng Kế hoạch Tổng hợp Bệnh viện từ tháng 4/2020 đến tháng 9/2020.

Các loại phiếu [3], [4] đưa vào thu thập số liệu:

- Phiếu theo dõi chức năng sống.
- Phiếu Chăm sóc (Kế hoạch chăm sóc).
- Phiếu theo dõi truyền dịch.
- Phiếu công khai dịch khám, chữa bệnh nội trú.
- Phiếu chuẩn bị trước mổ.
- Bảng theo dõi hồi tỉnh sau mổ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang, mô tả có phân tích.

2.3. Cỡ mẫu

Sử dụng công thức:

$$n = N/[1+N*(e)^2]$$

Trong đó:

N: Số lượng tổng thể. N = 5200 (năm 2019: 5109, năm 2018: 5153)

e: Là sai số tiêu chuẩn, với độ chính xác 95%, e = 0,05

Từ đó tính được:

$$n = 5200/(1 + 5200*0,05*0,05) = 372$$

Như vậy số lượng mẫu nghiên cứu 393 là phù hợp.

2.4. Nội dung nghiên cứu/Các chỉ số trong nghiên cứu

- Thủ tục hành chính: Họ tên, tuổi, nghề nghiệp, địa chỉ, thông tin người liên hệ, ngày giờ vào viện, số bảo hiểm y tế, số bệnh án, mã ICD, chữ ký tại phiếu khám, phiếu điều dưỡng, tờ điều trị, phiếu thủ thuật, các phiếu phẫu thuật tẩy xóa hay không tẩy xóa.

- Chất lượng các phiếu của điều dưỡng:
 - + Phiếu theo dõi chức năng sống
 - + Phiếu Chăm sóc/Kế hoạch chăm sóc
 - + Phiếu theo dõi truyền dịch
 - + Phiếu công khai dịch vụ khám, chữa bệnh nội trú
 - + Phiếu chuẩn bị trước mổ

+ Bảng theo dõi hồi tỉnh

Các chỉ tiêu cụ thể theo bảng điều tra kèm theo.

Các chỉ tiêu về hành chính, các chỉ tiêu đánh giá các phiếu của điều dưỡng đánh giá 3 mức độ:

- 1- Ghi chép đầy đủ, đúng quy định
- 2- Có ghi nhưng không đầy đủ, đúng quy định
- 3- Không thực hiện.

2.5. Đánh giá và xử lý số liệu

2.5.1. Đánh giá các chỉ số

- Mỗi chỉ tiêu được đánh giá 3 mức độ như trên.

- Các nội dung chính được đánh giá:

Mức 1 - Ghi chép đầy đủ, đúng quy định: Nếu tất cả các tiêu chí đánh giá đạt Ghi chép đầy đủ, đúng quy định

Mức 2 - Chưa đạt: Nếu có tiêu chí đạt mức 2, không có tiêu chí đạt mức 3.

Mức 3 - Không đạt: Nếu có tiêu chí đạt mức 3.

2.5.2. Xử lý số liệu

Các đặc điểm hành chính, các chỉ tiêu nghiên cứu, các nội dung chính được thống kê, đánh giá theo tỷ lệ thực hiện đúng, từ đó phân theo các nhóm đặc điểm khoa, nhân viên y tế điều trị, đặc điểm bệnh nhân, so sánh các tỷ lệ bằng test T-Student, kết quả có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$, từ đó rút ra các yếu tố nguy cơ.

- Xử lý số liệu bằng phần mềm Excel 2007. Các kết quả so sánh có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ

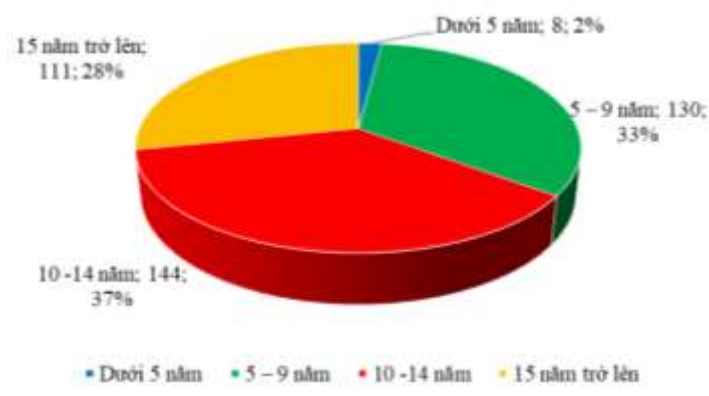
3.1. Đặc điểm hồ sơ bệnh án nghiên cứu



Biểu đồ 1. Phân bố theo khoa điều trị

Nhận xét: 393 hồ sơ đưa vào nghiên cứu trải đều trên tất cả các khoa tương đương tỷ lệ thu dung điều trị của khoa. Cao

nhất là Khoa Bông Người lớn, tiếp đến là Khoa Bông Trẻ em và Trung tâm Liên vết thương (TT LVT).



Biểu đồ 2. Kinh nghiệm điều dưỡng

Nhận xét: Hồ sơ chủ yếu được ghi chép và kiểm tra bởi điều dưỡng có kinh nghiệm 10 - 14 năm công tác (144, 37%).

3.2. Kết quả đánh giá ghi chép phần hành chính

Bảng 1. Đánh giá ghi chép trong phần làm bệnh án

Nội dung	Ghi chép đầy đủ đúng quy định	Có ghi nhưng không đầy đủ, đúng quy định	Không thực hiện
Họ và tên người bệnh (viết in hoa và thống nhất)	390 (99,2%)	3 (0,8%)	(0%)
Tuổi	393 (100%)	(0%)	(0%)
Giới	393 (100%)	(0%)	(0%)
Nghề nghiệp	389 (99%)	(0%)	4 (1%)
Dân tộc	383 (97,5%)	2 (0,5%)	8 (2%)
Địa chỉ	376 (95,7%)	11 (2,8%)	6 (1,5%)
Nơi làm việc	388 (98,7%)	5 (1,3%)	(0%)
Đối tượng	376 (95,7%)	2 (0,5%)	15 (3,8%)
Giá trị thẻ BHYT và số thẻ	350 (89,1%)	31 (7,9%)	12 (3,1%)
Đúng mã ICDX	384 (97,7%)	5 (1,3%)	4 (1%)

Nhận xét: Cơ bản ghi chép thủ tục hành chính đạt với tỷ lệ cao. Giá trị thẻ BHYT ghi đúng 89%, địa chỉ bệnh nhân ghi đúng 95,7%, có sai sót do bệnh nhân và người nhà kê không đúng.

Bảng 2. Ghi chép hồ chẩn đoán

Thông tin ghi chép	Tổng	Ghi chép đầy đủ đúng quy định	Có ghi nhưng không đầy đủ, đúng quy định	Không thực hiện

Vào viện	393	385 (98%)	3 (0,8%)	5 (1,3%)
Ra viện	393	388 (98,7%)	2 (0,5%)	3 (0,8%)
Ngày điều trị	393	378 (96,2%)	10 (2,5%)	5 (1,3%)

Nhận xét: Ghi chép thông tin vào viện, ra viện cơ bản ghi tốt, thông tin ngày điều trị mang tính chất phải tính toán còn để tỷ lệ sai sót là 3,8%.

3.3. Kết quả đánh giá ghi chép, quản lý các phiếu điều dưỡng

Bảng 3. Ghi chép về phiếu theo dõi chức năng sống

Thông tin ghi chép	Tổng	Ghi chép đầy đủ đúng quy định	Có ghi nhưng không đầy đủ, đúng quy định	Không thực hiện
Thông tin cá nhân, thủ tục hành chính	390	370 (94,9%)	19 (4,9%)	1 (0,3%)
Ghi đúng, biểu diễn thông số theo ký hiệu đã quy định	390	377 (96,7%)	13 (3,3%)	(0%)
Thông tin rõ ràng, dễ đọc, dễ phân biệt	390	353 (90,5%)	37 (9,5%)	(0%)

Nhận xét: Phiếu ghi chức năng sống là có ghi nhưng không đầy đủ, đúng quy cơ bản ghi tốt (90 - 96,7%), sai sót chủ yếu định (9,5%).

Bảng 4. Các tiêu chí ghi chép về phiếu chăm sóc

Thông tin ghi chép	Tổng	Ghi chép đầy đủ đúng quy định	Có ghi nhưng không đầy đủ, đúng quy định	Không thực hiện
Thông tin cá nhân, thủ tục hành chính	390	371 (95,1%)	18 (4,6%)	1 (0,3%)
Có sự liên tục	390	386 (99%)	4 (1%)	(0%)
Thông tin rõ ràng, dễ đọc, dễ phân biệt	390	349 (89,5%)	41 (10,5%)	(0%)
Tên người chăm sóc	390	364 (93,3%)	17 (4,4%)	9 (2,3%)
Lập KHCS với người bệnh cấp I	179	174 (97,2%)	5 (2,8%)	(0%)

Nhận xét: Cơ bản phiếu chăm sóc được ghi tốt, đầy đủ (89,5% đến 99%).

Bảng 5. Ghi chép về phiếu công khai dịch vụ khám, chữa bệnh nội trú

Thông tin ghi chép	Tổng	Ghi chép đầy đủ đúng quy định	Có ghi nhưng không đầy đủ, đúng quy định	Không thực hiện
Thủ tục hành chính	393	378 (96,2%)	15 (3,8%)	(0%)
Đúng tên thuốc, VTYT và DVKT	393	389 (99%)	4 (1%)	(0%)
Đúng thời gian, số lượng	393	385 (98%)	7 (1,8%)	1 (0,3%)
Có tên điều dưỡng lập phiếu/thực hiện hàng ngày	393	376 (95,7%)	17 (4,3%)	(0%)
Có chữ ký của người bệnh hoặc người nhà	393	375 (95,4%)	18 (4,6%)	(0%)

Nhận xét: Ghi chép phiếu công khai dịch vụ cơ bản tốt, thấp nhất là 95,4% ở người nhà, chủ yếu (4,6%) do ghi không việc đầy đủ chữ ký của bệnh nhân và đầy đủ.

Bảng 6. Chất lượng ghi chép về bảng theo dõi hồi tỉnh

Thông tin ghi chép	Tổng	Ghi chép đầy đủ đúng quy định	Có ghi nhưng không đầy đủ, đúng quy định	Không thực hiện
Thủ tục hành chính	215	215 (100%)	(0%)	(0%)
Các chỉ số tại thời điểm bàn giao người bệnh về khoa	215	207 (96,3%)	7 (3,3%)	1 (0,5%)

Nhận xét: Ghi chép thủ tục hành chính rất tốt (100%), các chỉ số chức năng sống của bệnh nhân ghi đạt tốt (96,3%) tại thời điểm bàn giao.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án là tài liệu y học, y tế và pháp lý, là tài liệu khoa học về chuyên môn kỹ thuật, là chứng từ tài chính. Việc làm hồ sơ bệnh án phải được tiến hành khẩn trương, khách quan, thận trọng, chính xác và khoa học [1], [2]. Việc ghi chép hồ sơ bệnh án không chỉ phụ thuộc vào trình độ chuyên môn mà còn phụ thuộc vào kinh nghiệm công tác của nhân viên y tế, bởi vì môi trường làm việc y tế là môi trường đặc biệt, mặc dù căng thẳng về số lượng công việc cần thực hiện nhưng vẫn đòi hỏi phải khẩn trương và đáp ứng tức thì.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nghiên cứu 393 hồ sơ bệnh án trải đều trên tất cả các khoa tương đương tỷ lệ thu dung điều trị của khoa, 117 hồ sơ của Khoa Điều trị Bông Người lớn (30%), 77 hồ sơ của Khoa Điều trị Bông Trẻ em (20%), tiếp đến là TT LVT (77, 19%), Trung tâm Phẫu thuật tạo hình - TT PTHH (70, 18%), Khoa VLTL-PHCN (40, 10%) và Khoa HSCC (12, 3%). Đặc biệt, điểm thuận lợi cho công tác ghi chép hồ sơ bệnh án là hồ sơ chủ yếu được ghi chép và kiểm tra bởi điều dưỡng có kinh nghiệm 10 - 14 năm công tác (144, 37%), 5 - 9 năm kinh nghiệm là 33%, 15 năm trở lên là 28% và thấp nhất là dưới 5 năm kinh nghiệm chỉ 2%.

Bệnh viện Bông Quốc gia là bệnh viện chuyên khoa bông, nhân viên y tế khi thực hiện chuyên môn lâu năm sẽ có nhiều kinh nghiệm thực hiện chuyên môn và ghi chép quản lý hồ sơ bệnh án. Chính vì vậy, qua đặc điểm nhân viên y tế có chuyên môn lâu năm tại từng khoa trong nghiên cứu cho thấy, đây chính là điểm thuận lợi cho việc ghi chép, quản lý hồ sơ bệnh án tại các đơn vị, của bệnh viện sẽ có chất lượng tốt hiện nay và trong trong thời gian tới.

4.2. Ghi chép phần hành chính hồ sơ bệnh án

Ghi chép về hành chính là vô cùng quan trọng, thể hiện hồ sơ bệnh án đúng là của bệnh nhân được điều trị, đúng thời điểm, đúng chứng từ bảo hiểm, chứng từ tài chính liên quan.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy ghi chép phần làm bệnh án đánh giá chung các nội dung ghi cơ bản tốt, đạt từ 89 - 100%. Giá trị thẻ BHYT ghi đúng 89%, địa chỉ bệnh nhân ghi đúng 95,7% do có sai sót do bệnh nhân và người nhà kê không đúng; ghi chưa tốt tập trung vào ghi chép phần đối tượng bệnh nhân (3,8%) và thẻ BHYT (3,1%). Đây là phần ghi hành chính phần đầu bệnh án, thuộc bộ phận tiếp đón và của nhân viên y tế trong giờ trực. Bệnh viện cũng đã có quy định khi bệnh nhân vào khoa điều trị, khoa phải kiểm tra lại các thủ tục hành chính và phối hợp với bộ phận tiếp đón để chỉnh

sửa bổ sung. Tuy nhiên, qua kết quả trên cho thấy việc kiểm tra trên cũng chưa thường xuyên thực hiện tốt 100%.

Phần ghi chép quản lý người bệnh trang đầu tiên của bệnh án thể hiện quy định của Bộ Y tế về tính chính xác, kịp thời ghi chép hồ sơ bệnh án [1], [5]. Trong kết quả nghiên cứu cho thấy, ghi chép phần quản lý bệnh nhân, quản lý bệnh cơ bản ghi tốt, thông tin ngày điều trị mang tính chất phải tính toán còn để tỷ lệ sai sót là 3,8%. Sai sót chủ yếu do ghi chép nhưng không đầy đủ.

4.3. Ghi chép các phiếu của điều dưỡng

Theo Quyết định số 4069/QĐ-BYT ngày 28/9/2001 về việc ban hành mẫu hồ sơ bệnh án của Bộ Y tế, các mẫu phiếu chăm sóc, theo dõi của điều dưỡng gồm các phiếu: Phiếu chăm sóc, Kế hoạch chăm sóc, Phiếu theo dõi chức năng sống, Phiếu theo dõi truyền dịch, Truyền máu, Phiếu theo dõi chuyển dạ đẻ, Phiếu công khai dịch vụ kỹ thuật, thuốc, vật tư y tế,...[3]. Trong quá trình chăm sóc, điều dưỡng lấy các dấu hiệu sinh tồn báo bác sĩ, thực hiện các y lệnh và ghi đầy đủ vào hồ sơ điều dưỡng [1].

4.3.1. Ghi chép phiếu theo dõi chức năng sống

Đây là phiếu ghi nhận các thông số và số lần theo dõi người bệnh theo y lệnh của bác sĩ điều trị, nói rõ hơn, đa số nội dung ghi chép ở phiếu này thể hiện chức năng thụ động của điều dưỡng. Nghiên cứu của chúng tôi thấy ghi đầy đủ, đúng quy định tất cả các nội dung của phiếu chiếm 90 - 96,7%, sai sót chủ yếu là có ghi nhưng không đầy đủ, đúng quy định (9,5%). Qua đây cũng thấy các khoa khác cũng cần thực hiện tốt hơn trong thực hiện ghi chép phiếu theo dõi này.

Theo nghiên cứu của Huỳnh Thị Mỹ Thanh tại Bệnh viện An Giang cho thấy, đa số điều dưỡng viên thực hiện đủ các nội dung của phiếu này, các thông số sinh tồn đạt 68,1%, chi tiêu ghi rõ ràng dễ đọc, dễ phân biệt chỉ đạt 62,3% [6]. Như vậy trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ đạt có phần cao hơn.

4.2.2. Ghi phiếu chăm sóc, kế hoạch chăm sóc

Phiếu chăm sóc là phiếu quan trọng đối với điều dưỡng, thể hiện tính chủ động, tính kế hoạch của điều dưỡng, nó còn cho biết việc thực hiện của điều dưỡng có đúng, đủ y lệnh hay không, thể hiện trình độ chuyên môn, kinh nghiệm của điều dưỡng. Bệnh viện thường xuyên nhắc nhắc về việc thực hiện tốt ghi chép phiếu này, ngay cả tiêu chí bệnh viện cũng đề cập tới [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy cơ bản các nội dung của phiếu chăm sóc được ghi tốt, đầy đủ (98,5% đến 99%). Chỉ có 9 phiếu (2,3%) không ghi tên nhân viên y tế chăm sóc. Khi bệnh nhân chăm sóc cấp I được thực hiện và ghi chép kế hoạch chăm sóc và cũng thực hiện tốt (97,2%).

Nội dung này cũng có nhiều đề tài nghiên cứu về việc ghi chép phiếu chăm sóc, đặc biệt từ đó nhiều bệnh viện cũng cải tiến được phiếu chăm sóc. Bùi Thị Thân và cộng sự (2017) nghiên cứu chất lượng ghi phiếu chăm sóc ở BVĐKTU Thái Nguyên thấy đạt từ 60 - 90% [7].

Nghiên cứu của Trần Thu Hiền về ghi hồ sơ bệnh án của điều dưỡng tại Nam Định thấy ghi phiếu chăm sóc nội dung Các hoạt động chăm sóc đạt 42,9%, thực hiện y lệnh đạt 82,4%, đánh giá kết quả chăm sóc chỉ đạt 16,5%, các nội dung chưa đạt không phải là không thực hiện mà chủ yếu ghi chưa đầy đủ [8].

Nghiên cứu của Trần Thị Minh Tâm và cộng sự (2010), Đánh giá chất lượng ghi chép phiếu chăm sóc của điều dưỡng - nữ hộ sinh tại Bệnh viện Hương Trà - Thừa Thiên Huế năm 2009 thấy ghi chép phiếu chăm sóc đạt 81,5% [9].

Như vậy, việc ghi chép phiếu chăm sóc của điều dưỡng tại bệnh viện cơ bản tốt, tuy nhiên vẫn còn sai sót. Cần tập huấn, giám sát kiến thức đến thực hành của điều dưỡng trong công tác chăm sóc và ghi chép.

4.2.3. Ghi chép phiếu công khai dịch vụ khám, chữa bệnh nội trú

Đây là phiếu công khai đầy đủ các dịch vụ y tế thực hiện trên bệnh nhân bao gồm dùng thuốc, vật tư y tế, đến các thủ thuật, xét nghiệm. Bắt đầu từ năm 2018 triển khai thực hiện phiếu này theo quy định của thông tư 50/2017/TT-BYT của Bộ Y tế [4].

Phiếu này tính pháp lý và liên quan thanh toán tài chính rất cao. Đòi hỏi điều dưỡng thực hiện phải đúng, đủ theo quy định và đầy đủ chữ ký xác nhận của bệnh nhân cũng như người nhà.

Trong nghiên cứu này cho thấy Ghi chép phiếu công khai dịch vụ cơ bản tốt, thấp nhất là 95,4% ở việc đầy đủ chữ ký của bệnh nhân và người nhà là rất quan trọng tuy nhiên còn 4,6% sai sót do ghi không đầy đủ do ghi không đầy đủ.

Tương tự trong nghiên cứu của Trần Thu Hiền thấy, phiếu công khai thuốc có 94,7% đầy đủ thông tin người bệnh, 86,5% đủ chữ ký của người bệnh [8].

4.2.4. Ghi chép Phiếu theo dõi hồi tỉnh

Đây là phiếu theo dõi bệnh nhân ngày sau phẫu thuật, theo dõi quá trình hồi tỉnh của bệnh nhân trước khi bệnh nhân tỉnh hẳn để bàn giao về khoa điều trị. Phiếu này

do phòng mổ thực hiện nhằm xác định đúng bệnh nhân đã tỉnh và là bản ký nhận bệnh nhân tỉnh và bàn giao cho khoa điều trị. Theo kết quả nghiên cứu thấy 100% đủ thủ tục hành chính, các chỉ số sinh tồn tại thời điểm bàn giao ghi chép đầy đủ, đúng đạt 96,3. Như vậy, phòng mổ cần kiểm soát và thực hiện đầy đủ các nội dung phiếu này.

Tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thái Hà và cộng sự (2019) chỉ ra rằng Tỷ lệ ghi chép hồ sơ bệnh án đạt yêu cầu là 74%. Chất lượng ghi chép hồ sơ bệnh án bị ảnh hưởng do các yếu tố như nhận thức, ý thức, trình độ chuyên môn của nhân viên y tế, công tác chỉ đạo, kiểm tra, giám sát; công tác bình bệnh án, quy chế thi đua, thưởng phạt, công tác đào tạo, tập huấn, áp lực công việc [10].

5. KẾT LUẬN

Qua 393 hồ sơ nghiên cứu, chúng tôi đưa ra một số kết luận về công tác ghi chép hồ sơ bệnh án như sau:

- Cơ bản thủ tục hành chính hồ sơ bệnh án ghi chép đầy đủ, đúng quy định. Cần viết đầy đủ thẻ BHYT, họ tên địa chỉ người nhà bệnh nhân, đối tượng người bệnh.

- Ghi các phiếu điều dưỡng cơ bản thực hiện tốt các nội dung của các phiếu, còn các nội dung chưa thực hiện tốt như ghi đủ, đúng tên NVYT thực hiện, người nhà bệnh nhân ký, ghi nội dung giáo dục sức khỏe khi người bệnh ra viện

KIẾN NGHỊ

Cần thường xuyên kiểm tra, bình phiếu ghi chép theo quy định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (1997)**, Quy chế bệnh viện
2. **Quốc Hội (2009)**, Luật Khám chữa bệnh.

3. **Bộ Y tế (2001)**, Quyết định số 4069/2001/QĐ-BYT về việc ban hành mẫu hồ sơ, bệnh án
4. **Bộ Y tế (2017)**, Thông tư số 50/2017/TT-BYT sửa đổi, bổ sung các quy định liên quan đến thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh.
5. **Bộ Y tế (2016)**, Quyết định số 6858/QĐ-BYT ban hành Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam, phiên bản 2.0.
6. **Huỳnh Thị Mỹ Thanh, Lê Thị Tuyết Nga, Nguyễn Thị Phi Yến và cs (2012)**. Đánh giá thực trạng và giải pháp nâng cao chất lượng ghi chép hồ sơ bệnh án cải tiến của điều dưỡng tại bệnh viện An Giang - Bệnh viện An Giang.
7. **Bùi Thị Thân, Đoàn Thị Hương, Nguyễn Việt Hương và cộng sự (2018)**. Đánh giá chất lượng ghi phiếu chăm sóc của Điều dưỡng trước và sau tập huấn tại một số khoa hệ nội bệnh viện Đa khoa trung ương Thái nguyên năm 2017. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, Tập 01, Số 04/2018
8. **Trần Thu Hiền, Vũ Thị Là, Nguyễn Mạnh Dũng và cs (2018)**. Thực trạng ghi hồ sơ bệnh án nội khoa của điều dưỡng tại Nam Định, Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, Tập 01 - Số 01/2018
9. **Trần Thị Minh Tâm, Hoàng Thị Quy, Nguyễn Thị Khánh Mỹ và cs (2010)**. Đánh giá chất lượng ghi chép phiếu chăm sóc của điều dưỡng - nữ hộ sinh tại bệnh viện Hương Trà - Thừa Thiên Huế năm 2009, Tạp chí Y học thực hành, Số 699+700/2010
10. **Nguyễn Thái Hà, Phạm Việt Cường và Phạm Quốc Thành (2017)**. Tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng ghi chép hồ sơ bệnh án nội khoa nội trú tại Trung tâm Y tế huyện Hải Hà, tỉnh Quảng Ninh năm 2017, Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển, Tập 03, Số 02-2019, tr 28-35.

Phụ lục
PHIẾU NGHIÊN CỨU GHI CHÉP HỒ SƠ BỆNH ÁN CỦA ĐIỀU DƯỠNG

Họ và tên bệnh nhân:..... Tuổi:..... Giới:.....

Khoa:..... Số bệnh án:.....

Bác sĩ điều trị:..... Điều dưỡng chăm sóc:.....

I. HÀNH CHÍNH VÀ QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

A. Hành chính

(Khoanh vào số thích hợp: 1- Ghi chép đầy đủ, đúng quy định; 2- Có ghi nhưng không đầy đủ, đúng quy định; 3 - Không thực hiện)

1	Họ và tên người bệnh (viết in hoa và thống nhất)	1	2	3
2	Tuổi	1	2	3
3	Giới	1	2	3
4	Nghề nghiệp	1	2	3
5	Dân tộc	1	2	3
6	Địa chỉ	1	2	3
7	Nơi làm việc	1	2	3
8	Đối tượng	1	2	3
9	Giá trị thẻ BHYT và số thẻ	1	2	3
10	Họ tên, địa chỉ người nhà và số điện thoại	1	2	3
11	Đúng mã ICD10	1	2	3

B. Quản lý người bệnh

1	Vào viện	1	2	3
2	Trực tiếp vào	1	2	3
3	Vào khoa	1	2	3
4	Chuyển khoa	1	2	3
5	Nơi giới thiệu	1	2	3
6	Chuyển viện	1	2	3
7	Ra viện	1	2	3
8	Tổng số ngày điều trị	1	2	3

C. Phần tổng kết để ký giao hồ sơ (phần B tổng kết bệnh án)

Các trang trong hồ sơ được đánh số đầy đủ tổng số tờ, số tờ từng loại, ký giao hồ sơ và nhận hồ sơ	1	2	3
--	---	---	---

D. Rõ ràng

1	Thông tin rõ ràng, dễ đọc, không viết tắt, không tẩy xóa	1	2	3
---	--	---	---	---

II. PHIẾU THEO DÕI CHỨC NĂNG SỐNG

1	Thông tin cá nhân, thủ tục hành chính	1	2	3
2	Ghi kịp thời, đầy đủ các thông số theo quy định	1	2	3
3	Ghi đúng, biểu diễn thông số theo ký hiệu đã quy định	1	2	3
4	Thông tin rõ ràng, dễ đọc, dễ phân biệt	1	2	3
5	Điều dưỡng có ký tên và ghi tên	1	2	3

III. PHIẾU CHĂM SÓC

1	Được lập ngay sau khi người bệnh nhập viện	1	2	3
2	Thông tin cá nhân, thủ tục hành chính	1	2	3
3	Ghi chép diễn biến bệnh/nhu cầu chăm sóc	1	2	3
4	Các can thiệp chăm sóc: thực hiện thủ thuật, xét nghiệm cấp cứu, vệ sinh, dinh dưỡng, tâm lý, ...	1	2	3
5	Có sự liên tục	1	2	3
6	Thông nhất thông tin giữa bác sỹ và điều dưỡng (ở cùng thời điểm)	1	2	3
7	Thông tin rõ ràng, dễ đọc, dễ phân biệt	1	2	3
8	Tên người chăm sóc	1	2	3
9	Lập KHCS với người bệnh cấp I: đảm bảo đúng thời điểm, chẩn đoán điều dưỡng/vấn đề cần chăm sóc phù hợp, có kế hoạch chăm sóc, thực hiện chăm sóc và đánh giá đầy đủ	1	2	3
10	Giáo dục sức khỏe người bệnh chuẩn bị ra viện	1	2	3

IV. PHIẾU THEO DÕI TRUYỀN DỊCH

1	Thông tin cá nhân, thủ tục hành chính	1	2	3
2	Thời gian bắt đầu truyền dịch	1	2	3
3	Đánh giá dấu hiệu sinh tồn trước khi truyền dịch	1	2	3
4	Thực hiện đúng y lệnh truyền dịch (loại dịch, số lượng, tốc độ)	1	2	3
5	Ghi rõ lý do nếu không truyền hết dịch	1	2	3
6	Tên bác sỹ điều trị và tên người theo dõi	1	2	3
7	Các thông tin rõ ràng, không tẩy xóa	1	2	3

V. PHIẾU CÔNG KHAI DVKT, THUỐC VÀ VTYT TIÊU HAO

1	Thủ tục hành chính	1	2	3
2	Đúng tên thuốc, VTYT và DVKT	1	2	3
3	Đúng thời gian, số lượng	1	2	3
4	Có tên điều dưỡng lập phiếu/Thực hiện hàng ngày	1	2	3
5	Có chữ ký của người bệnh hoặc người nhà	1	2	3
6	Các thông tin rõ ràng, không tẩy xóa	1	2	3

VI. BẢNG KIỂM CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC PHẪU THUẬT

1	Thủ tục hành chính	1	2	3
2	Chuẩn bị người bệnh	1	2	3
3	Các chỉ số tại thời điểm đưa người bệnh lên Phòng Mổ	1	2	3
4	Bàn giao thuốc, VTYT	1	2	3
5	Họ tên, chữ ký người chuẩn bị, người đưa, người nhận	1	2	3

VII. BẢNG THEO DÕI HỒI TỈNH

1	Thủ tục hành chính	1	2	3
2	Các chỉ số tại thời điểm bàn giao người bệnh về khoa	1	2	3
3	Bàn giao thuốc, VTYT	1	2	3
4	Họ tên, chữ ký BS, ĐD buồng hồi tỉnh, người nhận	1	2	3

Ý KIẾN KHÁC

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ghi chú: Trường hợp bệnh án liên quan tới nhiều khoa, ghi rõ những sai sót thuộc khoa nào