

SỰ TUÂN THỦ BẢNG KIỂM AN TOÀN PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA SÀI GÒN

EVALUATION OF THE COMPLIANCE TO SURGICAL SAFETY CHECKLIST IN THE SAIGON GENERAL HOSPITAL

TRẦN THỊ HỒNG VÂN¹, TRẦN THỊ KIM NGỌC¹
và cộng sự

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá tác động của chương trình an toàn bệnh nhân về việc tuân thủ bảng kiểm An toàn phẫu thuật (ATPT) tại Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn từ tháng 05/2018 đến tháng 09/2019.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu quan sát được tiến hành 100 ca phẫu thuật để đánh giá các nhóm phẫu thuật sử dụng bảng kiểm ATPT trước và sau khi thực hiện chương trình an toàn người bệnh.

Kết quả: Tổng cộng có 100 ca được PT có sử dụng bảng kiểm ATPT. Trong số đó, nhóm trước can thiệp PT chương trình là 80%, phẫu thuật cấp cứu là 20% và nhóm sau can thiệp, Phẫu thuật chương trình của là 78% và phẫu thuật cấp cứu là 22%. Phẫu thuật chủ yếu vào ban ngày của cả hai nhóm trước và sau can thiệp, lần lượt là 92% (nhóm trước can thiệp) và 86% (nhóm sau can thiệp)

Có sự cải thiện đáng kể được ghi nhận: Tỷ lệ tuân thủ bảng kiểm sau can thiệp là 78%, tăng 26% so trước can thiệp ($p < 0,05$). Trong đó, sau can thiệp giai đoạn “Trước khi rời phòng PT” có tỷ lệ thực hiện tốt nhất là 94%, kể đến là giai đoạn “Trước khi gây mê” là 90%, và giai đoạn “Trước khi rạch da” là 82% và. Mục “Xác nhận đủ các thành viên” đạt tỷ lệ tuân thủ thấp nhất so với các nội dung mục khác.

Kết luận: Sự can thiệp của chương trình sau 6 tháng bước đầu đã có hiệu quả rõ rệt.

Từ khóa: Tuân thủ, Bảng kiểm ATPT, trước khi gây mê, trước rạch da, trước khi rời phòng mổ

ABSTRACT

Purpose: To assess the impact of a patient safety programme on the compliance of Surgical Safety Checklist in The Saigon General Hospital.

Methods: A prospective observational study was conducted among 100 operations to assess surgical teams' checklist use before and after programme implementation.

Results: A total of 100 operations were performed and checklists were utilized. Among these, most checklists before programme implementation during elective procedure (80%) and during emergency procedures (20%), and after implementation during elective procedure (78%) and during emergency procedures (22%). Mainly daytime operation of both before and after implementation groups, were 92% (before implementation group) and 86% (after implementation group, respectively).

There were significant improvements in the compliance rate of the Surgical Safety checklist after programme implementation of 78%, an increase of 26% compared to the before programme implementation ($p < 0.05$). In particular, compliance in the “Sign out” phase after implementation”, the best performance rate is 94%, followed by the “Sign in” phase was 90% and the “Time out” phase was 82%. The item “Confirm all members” had the lowest compliance rate compared to the others.

Conclusion: Safety program implementation after 6 months was initially effective.

¹ Chi hội Điều dưỡng Tai Mũi Họng TP. HCM

SĐT: 0903604465; email: tkngoctmh@gmail.com

² Khoa PT Gây mê hồi sức - Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn

Ngày nhận bài phân biện: 06/12/2019

Ngày trả bài phân biện: 15/12/2019

Ngày chấp thuận đăng bài: 18/12/2019

Keywords: Compliance, Surgical safety checklist, Sign-in, Time-out, Sign-out.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong quá trình tiến hành phẫu thuật, sai sót và sự cố y khoa có thể xảy ra trước, trong và sau khi PT, điều này gây ảnh hưởng sức khỏe cho NB, cả về thể lực và tâm lý. 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, NB tăng tỷ lệ mắc và tử vong, những đau đớn mà NB phải gánh chịu [1], [2].

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới WHO, mỗi năm trên toàn thế giới ước chừng có trên 230 triệu ca PT. 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 ATPT (gần 10%) các biến chứng chết người xảy ra tại các phòng mổ. Cứ 150 NB nhập viện, có 1 trường hợp tử vong do sự cố y khoa và 2/3 sự cố xảy ra trong bệnh viện (BV) liên quan đến PT. Sự cố y khoa tác động đến 1/10 NB trên toàn thế giới [6].

Năm 2008, Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã đưa ra bảng kiểm ATPT nhằm giảm bớt các sai sót và các sự kiện bất lợi và tăng cường khả năng làm việc nhóm và thông tin liên lạc trong PT [6].

Một số nghiên cứu cho thấy việc áp dụng bảng kiểm ATPT làm giảm tỷ lệ biến chứng và tỷ lệ tử vong sau PT [7], [10], [11].

Tại Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn, chúng tôi đã có nghiên cứu “Khảo sát sự tuân thủ Bảng kiểm An toàn phẫu thuật” [5], nhưng sự tuân thủ bảng kiểm chưa được cao, tỷ lệ tuân thủ của riêng mỗi giai đoạn là còn thấp: sign in (72,5%), time out (76,5%) và sign out (86,3%), còn tuân thủ cả 3 giai đoạn còn thấp hơn (52,9%). Đó là lý do chúng tôi tiếp tục tiến hành nghiên cứu: Đánh giá tỷ lệ tuân thủ bảng kiểm An toàn phẫu thuật trước và sau chương trình can thiệp tại Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn với mục đích nhằm nâng cao tỷ lệ tuân thủ bảng kiểm an toàn phẫu thuật của nhân viên y tế, từ đó giúp giảm thiểu tối đa các yếu tố nguy cơ gây ảnh hưởng đến người bệnh khi tiến hành trước, trong và sau phẫu thuật.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

• **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp trước sau.

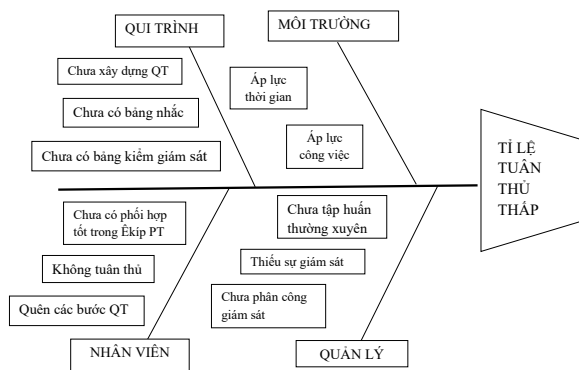
• **Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Từ tháng 05/2019 đến tháng 09/2019 tại Khoa PT Gây mê Hồi sức, Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn.

• **Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả các NB được PT chương trình và cấp cứu.

• **Phương pháp chọn mẫu:** Lấy toàn bộ cỡ mẫu thỏa tiêu chuẩn chọn vào trong khoảng thời gian từ tháng 09/2018 đến tháng 09/2019.

• **Các hoạt động can thiệp trong nghiên cứu gồm có:**

Xác định nguyên nhân:



• **Các hoạt động cải tiến:** Thực hiện trong vòng 4 tuần bao gồm các hoạt động: Tổ chức tập huấn trong Khoa thực hiện bảng kiểm ATPT cho toàn thể Ekip PT; Tổ chức giám sát và phân công người giám sát sự tuân thủ, phản hồi và nhắc nhở; Xây dựng qui trình và bảng kiểm giám sát sự tuân thủ; Xây dựng các bảng nhắc đặt trong Phòng mổ.

• **Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu:** Chọn mẫu ngẫu nhiên. Mỗi tuần lấy mẫu ngẫu nhiên 1-3 ngày; mỗi ngày chọn ngẫu nhiên 5 cơ hội đánh giá. Cỡ mẫu: 50 ca trước can thiệp và 50 ca sau can thiệp

• **Quy trình thu thập số gồm 2 giai đoạn khảo sát:** Giai đoạn 1: Khảo sát mức độ tuân thủ bảng kiểm ATPT lần 1 (Trước khi thực hiện chương trình can thiệp). Giai đoạn 2: Khảo sát mức độ tuân thủ bảng kiểm ATPT lần 2 (sau can thiệp 6 tháng).

• **Công cụ thu thập số liệu:** Bảng kiểm giám sát sử dụng bảng kiểm ATPT của bệnh viện xây dựng dựa theo bảng kiểm ATPT theo WHO gồm tổng cộng 15 mục, theo nguyên tắc 3 điểm tạm dừng để kiểm tra đối chiếu đảm bảo tính sẵn sàng khi có tình huống xảy ra, đó là: (1) Trước khi gây mê (Sign-in) gồm 7 mục; (2) Trước khi rạch da để bắt đầu mổ (Time-out) gồm 5 mục; (3) Trước khi đưa bệnh nhân ra khỏi phòng mổ (Sign-out) gồm 3 mục.

• **Biến số trong nghiên cứu**

Biến số phụ thuộc:

- Tuân thủ bảng kiểm ATPT là cơ hội giám sát được ê kíp PT thực hiện tất cả 15 mục của bảng kiểm ATPT.

- Tuân thủ trước khi gây mê (Sign-in) là cơ hội giám sát được ê kíp PT thực hiện đúng tất cả các mục tại điểm dừng trước khi gây mê (Sign-in) của bảng kiểm ATPT.

- Tuân thủ trước khi rạch da để bắt đầu mổ (Time-out) là cơ hội giám sát được ê kíp PT thực hiện đúng tất cả các mục tại điểm dừng trước khi rạch da để bắt đầu mổ (Time-out) của bảng kiểm ATPT.

- Tuân thủ trước khi đưa bệnh nhân ra khỏi phòng mổ (Sign-out) là cơ hội giám sát được ê kíp PT thực hiện đúng tất cả các mục tại điểm dừng trước khi đưa bệnh nhân ra khỏi phòng mổ (Sign-out) của bảng kiểm ATPT.

• **Thang đo**

- Có tuân thủ: Thực hiện đầy đủ tất cả các mục.
- Không tuân thủ: Bỏ sót từ 1 mục trở lên không thực hiện.

Biến số độc lập:

- Loại Phẫu thuật: Chương trình: PT theo kế hoạch. Cấp cứu: mổ khẩn cấp

- Giờ Phẫu thuật: Ngày: tính từ 7 giờ sáng đến 4 giờ chiều. Đêm: tính từ 4 giờ chiều đến 7 giờ sáng hôm sau.

• **Quy trình thu thập số liệu:** Tổ chức tập huấn nhóm nghiên cứu viên; Quan sát thực hiện trước và sau can thiệp: Giám sát ê kíp PT có hay không việc tuân thủ Bảng kiểm ATPT tại 3 điểm dừng: Trước khi gây mê (Sign-in), Trước khi rạch

da (Time-out), Trước khi đưa bệnh nhân ra khỏi phòng mổ (Sign-out).

• **Xử lý và phân tích số liệu:** Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1. Loại Phẫu thuật - Giờ Phẫu thuật

			NHÓM	
			Trước can thiệp (n = 50)	Sau can thiệp (n = 50)
Loại phẫu thuật	Chương trình	N	40	39
		%	80,0%	78,0%
	Cấp cứu	N	10	11
		%	20,0%	22,0%
Giờ phẫu thuật	Ngày	N	46	43
		%	92,0%	86,0%
	Đêm	N	4	7
		%	8,0%	14,0%

Nhận xét: Phần lớn là PT chương trình, Nhóm trước can thiệp PT chương trình là 80% gấp 4 lần phẫu thuật cấp cứu là 20% và Phẫu thuật chương trình của nhóm sau can thiệp là 78% và phẫu thuật cấp cứu là 22%.

Phẫu thuật chủ yếu vào ban ngày của cả hai nhóm trước và sau can thiệp lần lượt là 92% (nhóm trước can thiệp) và 86% (Nhóm sau can thiệp).

Bảng 2. So sánh sự khác biệt tỷ lệ tuân thủ bảng kiểm ATPT trước và sau can thiệp

Nội dung bảng kiểm ATPT				NHÓM		X2/ p
				Trước can thiệp N = 50	Sau can thiệp N = 50	
1	Trước khi tiền mê (Sign in)	Tuân thủ	N	36	45	X2 = 5,263a p = ,022
			%	72,0%	90,0%	
	Không tuân thủ	N	14	5		
		%	28,0%	10,0%		

Nội dung bảng kiểm ATPT			NHÓM		X2/ p
			Trước can thiệp N = 50	Sau can thiệp N = 50	
2	Trước khi rạch da (Time out)	Tuân thủ	N	26	X2 = 10,176a p = ,000
			%	52,0%	
		Không tuân thủ	N	24	
			%	48,0%	
3	Trước khi rời phòng mổ (Sign out)	Tuân thủ	N	31	X2 = 21,951a p = ,000
			%	62,0%	
		Không tuân thủ	N	19	
			%	38,0%	
Bảng kiểm ATPT	Tuân thủ	Tuân thủ	N	26	X2 = 14,918a p = ,000
			%	52,0%	
		Không tuân thủ	N	24	
			%	48,0%	

Nhận xét: Kết quả cho thấy, mức độ tuân thủ thực hiện tất cả các mục của 3 giai đoạn của bảng kiểm ATPT của WHO sau khi thực hiện chương trình can thiệp cao hơn (> 20%) trước can thiệp có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ (52,0% trước can thiệp và 78,0% sau can thiệp).

Những cải thiện đáng kể có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ đã được ghi nhận về tỷ lệ tuân thủ 3 giai đoạn của thực hiện bảng kiểm, đặc biệt, sau can thiệp thì tỷ lệ tuân thủ cao nhất là giai đoạn “trước khi rời phòng mổ” mức độ tuân thủ tăng lên rõ rệt từ 62% trước can thiệp và sau can thiệp đạt tỷ lệ tuân thủ là 94%, và giai đoạn “trước khi rạch da” tuy có cải thiện sau can thiệp > 20% nhưng đạt tỷ lệ tuân thủ thấp nhất là 82%.

Kết quả nghiên cứu ở Bảng 2 thể hiện rằng: Sau can thiệp chương trình cải tiến đạt mục tiêu của nghiên cứu đề ra là tăng mức độ tuân thủ thực hiện bảng kiểm ATPT là > 20% so với trước khi can thiệp ở cả 3 giai đoạn. Điều đó chứng tỏ rằng, sự can thiệp của chương trình sau 6 tháng bước đầu đã có hiệu quả. Kết quả này phù hợp các nghiên cứu của Bệnh viện Nhi Đồng 1 về cải thiện mức độ tuân thủ quy trình an toàn phẫu thuật tại khu mổ tổng quát Khoa Phẫu thuật Gây mê Hồi sức năm 2017 [3] và cải thiện mức tuân thủ cao nhất trong 3 giai đoạn là giai đoạn trước khi rời phẫu thuật, Ngược lại, kết quả nghiên cứu của Brigid M Gillespie [8], tuân thủ cao nhất sau 6

tháng thực hiện chương trình cải thiện là 94% ở giai đoạn trước khi rạch da.

Để cải thiện có hiệu quả, khoa chúng tôi đã có tập huấn, giám sát, và thiết lập các bảng nhắc, cũng như luôn lắng nghe và tìm hiểu những lý do không thực hiện để cải tiến liên tục nhằm đạt hiệu quả tối ưu.

Bảng 3. So sánh sự khác biệt tỷ lệ tuân thủ bảng kiểm ATPT trước và sau can thiệp giai đoạn trước khi tiền mê

Nội dung bảng kiểm ATPT			NHÓM		X2/ p
			Trước can thiệp N = 50	Sau can thiệp N = 50	
A	Trước khi tiền mê (Sign in)	N	36	45	X2 = 5,263a p = ,022
		%	72,0%	90,0%	
A 1	Nhận diện người bệnh	N	50	50	
		%	100,0%	100,0%	
A 2	Thông tin trên bảng nhận diện	N	50	50	
		%	100,0%	100,0%	
A 3	NB đã ký cam kết PT	N	50	50	
		%	100,0%	100,0%	
A 4	Vị trí phẫu thuật đã được đánh dấu	N	37	45	X2 = 4,336a p = ,037
		%	74,0%	90,0%	
A 5	Đã hoàn tất kiểm tra thuốc và thiết bị gây mê	N	50	50	
		%	100,0%	100,0%	
A 6	Kiểm tra đã gắn phương tiện theo dõi	N	50	50	
		%	100,0%	100,0%	
A7	Xác nhận tiền sử dị ứng của NB	N	50	50	
		%	100,0%	100,0%	
A 8	Kiểm tra NB có khó thở và nguy cơ hít sặc	N	36	47	X2 = 8,575a p = ,003
		%	72,0%	94,0%	

Nhận xét: Kết quả cho thấy mức độ tuân thủ chung ở giai đoạn trước khi tiền mê sau can thiệp (90%) cao hơn trước can thiệp (72%) có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ ($p = 0,022$).

Các mục trong giai đoạn trước khi tiền mê sau can thiệp cao hơn #20% trước can thiệp có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ là Vị trí phẫu thuật đã được đánh dấu (trước can thiệp:74% và sau can thiệp 90%). Tương tự nghiên cứu của Haynes [7] đã báo cáo các tăng cường cải tiến đã cải thiện sự tuân thủ đánh dấu Vị trí phẫu thuật được thực hiện từ 56% đến 83% và nghiên cứu của Gerald Sendhofer [11] đạt 89% sau can thiệp.

Sở dĩ có cải thiện rõ nét mục này do bệnh viện đã đưa ra qui định cụ thể đánh dấu vị trí phẫu thuật cho các loại phẫu thuật.

Các mục 100% trước và sau can thiệp là các mục còn lại: Nhận diện người bệnh, Thông tin trên băng nhận diện, NB đã ký cam kết PT, Đã hoàn tất kiểm tra thuốc và thiết bị gây mê, Kiểm tra đã gắn phương tiện theo dõi, Xác nhận tiền sử dị ứng của NB. Những mục này rất quan trọng trong việc ngăn ngừa các lỗi phổ biến nhất gây hại nghiêm trọng cho NB nên chúng tôi chú trọng thực hiện và duy trì trong hoạt động cải tiến.

Bảng 4. So sánh sự khác biệt tỷ lệ tuân thủ giai đoạn trước khi rạch da

Nội dung bảng kiểm ATPT		NHÓM			X2/ P
		Trước can thiệp N = 50	Sau can thiệp N = 50		
	Trước khi rạch da (Time out)	N	26	41	X2 = 10,176a p = ,000
	%	52,0%	82,0%		
B1	Xác nhận đủ các thành viên	N	36	43	X2 = 7,862a p = ,005
	%	72,0%	86,0%		
B2	Xác nhận lại họ tên NB và vị trí sẽ tiến hành rạch da	N	35	46	X2 = 2,954a p = ,086
	%	70,0%	92,0%		
B3	Đã kiểm tra thực hiện kháng sinh	N	50	50	
	%	100,0%	100,0%		
B4	Tiền lượng các yếu tố nguy cơ	N	26	45	X2 = 17,533a p = ,000
	%	52,0%	90,0%		
B5	Kiểm tra các phương tiện dụng cụ đã sẵn sàng	N	27	48	X2 = 23,520a p = ,000
	%	54,0%	96,0%		

Nhận xét: Kết quả cho thấy mức độ tuân thủ chung ở giai đoạn Trước khi rạch da sau can thiệp (82%) cao hơn trước can thiệp (52%) có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ ($p = 0,000$). Phù hợp với nghiên cứu của Brigid M Gillespie [8] đạt 80% sau can thiệp.

Các mục trong giai đoạn này mức độ tuân thủ sau can thiệp đều cao hơn đáng kể trước can thiệp có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), ngoại trừ mục “Xác nhận đủ các thành viên” mức độ tuân thủ sau can thiệp (86%) cao hơn không nhiều 14% so trước can thiệp 72% không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) và đạt tỷ lệ tuân thủ thấp nhất trong giai đoạn này. Trong khi đó nghiên cứu Thông tin liên lạc của nhóm PT là một trong những hoạt động chủ chốt của Bảng kiểm ATPT của WHO [10][9]. Ở thời điểm “Trước khi rạch da”, nhóm PT sẽ phải giới thiệu lẫn nhau theo tên và nhiệm vụ, đây là sự cần thiết phải thực hiện thể hiện vai trò của họ trong một quy trình phẫu thuật. Về vấn đề này, kết quả của nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tuân thủ chiếm thấp nhất trong giai đoạn này. Phù hợp với nghiên cứu Saeed Asefzadeh et al [12] có 38,2% nhóm PT đã từ chối tự giới thiệu trước khi rạch da. Lý do có thể được giải thích bởi các nhóm PT đã làm việc với nhau trong một thời gian dài nên họ cảm thấy không thoải mái với quy trình và xem như là một hoạt động vô ích.

“Xác nhận lại họ tên NB và vị trí sẽ tiến hành rạch da” trước khi rạch da đây là tiểu mục quan trọng, nhưng qua nghiên cứu này còn 8% bỏ qua mục này. Trong khi đó một số nghiên cứu đã tuân thủ mục này đạt 100% [3], [12]

Bảng 5. So sánh sự khác biệt tỷ lệ tuân thủ trước khi rời khỏi phòng mổ

Nội dung bảng kiểm ATPT		NHÓM			X2/ P
		Trước can thiệp N = 50	Sau can thiệp N = 50		
	Trước khi rời phòng mổ (Sign out)	N	31	47	X2 = 21,951a P = ,000
	%	62,0%	94,0%		
C1	Xác nhận đầy gạc, kim, dao	N	44	50	X2 = 6,383a P = ,012
	%	88,0%	100,0%		

Nội dung bảng kiểm ATPT			NHÓM		X2/ P
			Trước can thiệp N = 50	Sau can thiệp N = 50	
C2	Xác nhận dán nhãn bệnh phẩm	N	32	49	X2 = 18,778a P = ,000
		%	64,0%	98,0%	
C3	Xem xét các vấn đề về hồi sức và xử trí	N	32	50	X2 = 21,951a P = ,000
		%	64,0%	100,0%	

Nhận xét: Kết quả cho thấy mức độ tuân thủ chung ở giai đoạn **Trước khi rời phòng mổ** sau can thiệp (94%) cao hơn đáng kể so trước can thiệp (62%) có ý nghĩa thống kê $P < 0,05$ ($p = 0,000$). Tất cả các mục sau can thiệp đều cao hơn rõ rệt so trước can thiệp có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$),

Trong nghiên cứu này, Thời điểm “Trước khi rời khỏi phòng mổ” đã được thực hiện tốt nhất trong 3 thời điểm sau can thiệp (94%). Bước thực hiện tốt nhất trong giai đoạn này là Xác nhận đầy gạc, kim, dao và Xem xét các vấn đề về hồi sức và xử trí đạt 100%. Chỉ còn 2% tỷ lệ chưa tuân thủ thực hiện “Dán nhãn bệnh phẩm” là bước quan trọng vì việc dán nhãn không đúng bệnh phẩm là nguy cơ tiềm ẩn đối với NB, thậm chí mất bệnh phẩm sẽ dẫn đến những sai sót hoặc khó khăn trong việc điều trị NB về sau nên việc dán nhãn cần được lưu ý tất cả 100% các ca PT. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Hương [4] việc ĐD dụng cụ hoàn thành việc kiểm tra gạc, kim, dụng cụ trước khi đóng vết mổ chiếm 98,7%.

4. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Qua khảo sát sự tuân thủ bảng kiểm ATPT của WHO của 100 NB, được chia làm hai nhóm trước can thiệp 50 bệnh nhân và sau can thiệp là 50 bệnh nhân. PT tại BV Đa khoa Sài Gòn TP.HCM, chúng tôi rút ra một số nhận xét sau:

Có sự cải thiện đáng kể có ý nghĩa thống kê mức độ tuân thủ bảng kiểm ATPT ($p < 0,05$), tỷ lệ tuân thủ bảng kiểm sau can thiệp là 78%, tăng 26% so trước can thiệp. Trong đó, giai đoạn “Trước khi rời phòng PT” có tỷ lệ thực hiện tốt nhất là 94%, kể đến là giai đoạn “Trước khi gây mê” là 90%, giai đoạn “Trước khi rạch da” là 82% và. Mục “Xác nhận đủ các thành viên” đạt tỷ lệ tuân thủ thấp nhất so với các nội dung mục khác.

Việc quan sát tại chỗ là rất quan trọng và cần thiết nhằm đánh giá thực tế hoàn thành tất cả các mục của bảng kiểm. Việc đào tạo liên tục, đánh giá thực hiện và báo cáo, cập nhật kết quả thực hành bảng kiểm ATPT cho nhóm PT là cần thiết để đảm bảo duy trì và nâng cao tỷ lệ tuân thủ 100% cho tất cả các mục nhằm nâng cao an toàn NB.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014), Tài liệu đào tạo liên tục An toàn người bệnh.
2. Bộ Y tế - Hội đồng Quản lý chất lượng (2015), Hướng dẫn triển khai hoạt động An toàn NB tại các bệnh viện.
3. Bệnh viện Nhi Đồng I, (2018), “Cải thiện mức độ tuân thủ quy trình an toàn phẫu thuật”.
4. Nguyễn Thị Mai Hương (2016) “Đánh giá kết quả thực hiện bảng kiểm an toàn PT tại khoa gây mê hồi tỉnh Bệnh viện Sản nhi tỉnh Quảng Ninh”
5. Trần Thị Hồng Vân (2018), “Khảo sát sự tuân thủ bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
6. WHO, Tổ chức Y tế thế giới - (2009), “Cẩm nang thực hành Bảng kiểm An toàn PT”.
7. Alex B. Haynes, et al. (2009), “Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population”, The New England Journal of Medicine.
8. Brigid M Gillespie et al. (2018) “Evaluation of a patient safety programme on Surgical Safety Checklist Compliance: a prospective longitudinal study”, BMJ Open Quality.2018
9. Cabral, R. A., et al. (2016), “Use of a Surgical Safety Checklist to Improve Team Communication”, AORN journal. 104 (3), pp. 206-16.
10. Lingard L, Espin S, Whyte S, et al. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types & effects. Qual Saf Health. 2004;13:330-334. doi:10.1136/qshc.2003.008425. [PMCfree article] [PubMed] [CrossRef].
11. Giles, K., et al. (2016), “Use of surgical safety checklists in Australian operating theatres: an observational study”, ANZ journal of surgery.
12. Saeed Asefzadeh et al, (2017) “Compliance with WHO safe surgery checklist in operating rooms: A case study in Iran Hospitals” Bali Medical Journal 6 (3): 465-469.