

## RESULTS OF PATIENT SAFETY MANAGEMENT AT NGUYEN TRI PHUONG HOSPITAL FROM 2018 - 2023

Luong Cong Minh<sup>1\*</sup>, Vo Duc Chien<sup>1</sup>, Ho Huynh Uy Tai<sup>1</sup>,  
Hoang Van Trieu<sup>1</sup>, Le Thanh Chien<sup>2</sup>, Phi Vinh Bao<sup>2</sup>, Phan Thanh Van<sup>1</sup>, Nguyen Van Tap<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Nguyen Tri Phuong Hospital - 468 Nguyen Trai, Ward 8, Dist 5, Ho Chi Minh City, Vietnam

<sup>2</sup>Nguyen Tat Thanh University - 300A Nguyen Tat Thanh, Ward 13, Dist 4, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 17/06/2024

Revised: 15/07/2024; Accepted: 25/08/2024

### ABSTRACT

**Objectives:** Evaluate the management outcomes regarding patient safety at Nguyen Tri Phuong Hospital from 2018 to 2023. Analyze the causes and related factors of incidents concerning patient safety.

**Method:** The study describes a series of patient safety incidents recorded at Nguyen Tri Phuong Hospital from January 1, 2017, to December 31, 2023.

**Results:** The management results recorded 87 cases of patient safety incidents during the study period, accounting for 0.02% of hospital admissions. Classifications of patient safety incidents are as follows: Accidents, falls comprised 30%; professional incidents accounted for 23%; patient care issues were 27.6%; equipment and material usage constituted 12.4%; and procedural issues in diagnosis and treatment comprised 7%. Related factors: Incidents that occur at night are associated with higher patient emergencies than incidents that occur during the day time ( $p < 0.05$ ). Professionally related incidents have a higher rate of requiring emergency treatment than non-professionally related incidents (44.8% vs. 9.2%,  $p < 0.05$ ). Incidents related to medical care were associated with prolonged treatment time, 86.2% versus 58.6% ( $p < 0.05$ ). Analysis of root causes of 11 serious incidents showed systemic errors accounted for 54.7% and individual errors accounted for 45.3%.

**Conclusion:** The results of patient safety management help the Hospital identify common causes and incidents, thereby proposing improved solutions to minimize incidents in medical examination and treatment practice.

**Keywords:** Patient safety, incidents, management.

---

\*Corresponding author

Email address: [Drminhluong@gmail.com](mailto:Drminhluong@gmail.com)

Phone number: (+84) 983848985

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD8.1457>



## KẾT QUẢ QUẢN LÝ AN TOÀN NGƯỜI BỆNH TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRI PHƯƠNG GIAI ĐOẠN 2018-2023

Lương Công Minh<sup>1\*</sup>, Võ Đức Chiến<sup>1</sup>, Hồ Huỳnh Uy Tài<sup>1</sup>,  
Hoàng Văn Triều<sup>1</sup>, Lê Thanh Chiến<sup>2</sup>, Phí Vĩnh Bảo<sup>2</sup>, Phan Thanh Vân<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Tập<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Nguyễn Tri Phương - 468 Nguyễn Trãi, P. 8, Q. 5, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

<sup>2</sup>Trường Đại học Nguyễn Tất Thành - 300A Nguyễn Tất Thành, P. 13, Q. 4, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 17/06/2024

Chỉnh sửa ngày: 15/07/2024; Ngày duyệt đăng: 25/08/2024

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả quản lý về an toàn người bệnh tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương năm 2018-2023. Phân tích nguyên nhân và các yếu tố liên quan các sự cố về an toàn người bệnh.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca các sự cố về an toàn người bệnh ghi nhận được tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương trong thời gian từ 01/01/2017 đến 31/12/2023.

**Kết quả:** Kết quả quản lý ghi nhận 87 trường hợp sự cố về an toàn người bệnh trong thời gian nghiên cứu, chiếm 0,02% lượt người bệnh nhập viện. Phân loại các sự cố về an toàn người bệnh như sau: Tai nạn, té ngã là 30%; sự cố về chuyên môn là 23%; chăm sóc bệnh là 27,6%; sử dụng vật tư, trang thiết bị là 12,4%; quy trình, thủ tục khám, chữa bệnh chiếm là 7%. Các yếu tố liên quan: Sự cố xảy ra vào ban đêm có liên quan đến cấp cứu người bệnh cao hơn so với những sự cố vào ban ngày ( $p < 0,05$ ). Những sự cố liên quan chuyên môn có tỷ lệ phải cấp cứu cao hơn so với những sự cố không liên quan đến chuyên môn (44,8% so với 9,2%,  $p < 0,05$ ). Sự cố liên quan đến chăm sóc bệnh có liên quan đến kéo dài thời gian điều trị, 86,2% so với 58,6% ( $p < 0,05$ ). Phân tích nguyên nhân gốc 11 trường hợp sự cố nghiêm trọng cho thấy lỗi hệ thống chiếm 54,7% và lỗi cá nhân chiếm 45,3%.

**Kết luận:** Kết quả quản lý an toàn người bệnh giúp Bệnh viện nhận diện được các nguyên nhân và các sự cố thường gặp, từ đó đề ra các giải pháp cải tiến nhằm giảm thiểu các sự cố trong thực hành khám, chữa bệnh.

**Từ khóa:** An toàn người bệnh, sự cố, quản lý.

### 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

An toàn người bệnh (ATNB) là một vấn đề y tế công cộng mang tính nghiêm trọng của toàn cầu. Ước tính cho thấy tại các nước phát triển thì cứ mười bệnh nhân được chăm sóc sức khỏe thì có một người bệnh gặp phải sự cố sai sót về an toàn người bệnh [1]. Tình hình ATNB trên thế giới hiện nay là một vấn đề mang tính

thời sự. Những sự cố về ATNB được công bố hiện nay chỉ là phần nổi của tảng băng. Sự cố y khoa đang là thách thức hàng đầu đối với các cơ sở y tế trên toàn thế giới. Tỷ lệ sự cố này tại một số bang ở Mỹ vào khoảng từ 3,2%-5,4%; Úc là 10,6%-16,6%; Anh là 11,7% và Đan Mạch là 9% [2].

\*Tác giả liên hệ

Email: Drminhluong@gmail.com

Điện thoại: (+84) 983848985

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD8.1457>

Tại Việt Nam, kết quả quản lý báo cáo về sự cố ATNB trong Bệnh viện còn hạn chế, dẫn tới vấn đề nhận diện và giải quyết các sự cố trở nên khó khăn. Trước tình hình hạn chế về các báo cáo sự cố ATNB, thiếu thông tin về các vấn đề liên quan ATNB, chúng tôi thực hiện đề tài “*Kết quả quản lý an toàn người bệnh tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương giai đoạn 2018-2023*” nhằm giúp nhận diện những nhóm nguyên nhân cơ bản của các sự cố về ATNB. Từ đó, làm cơ sở dữ liệu để có thể đề ra những biện pháp phòng ngừa sự cố xảy ra và các biện pháp can thiệp làm giảm thiểu tác động của sự cố đến người bệnh cũng như các đối tượng có liên quan đến sự cố.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca, toàn bộ các sự cố về ATNB được ghi nhận tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương trong thời gian nghiên cứu

### 3.1. Đặc tính mẫu nghiên cứu

**Bảng 1. Đặc tính mẫu nghiên cứu (n=87)**

Đặc tính mẫu nghiên cứu		Tần số	Tỷ lệ (%)
Thời gian công tác của nhân viên báo cáo sự cố	Dưới 5 năm	17	19,5
	Từ 5 đến 10 năm	23	26,4
	Từ 10 đến 20 năm	33	38
	Từ 20 năm trở lên	14	16,1
Chức vụ của nhân viên báo cáo sự cố	Bác sĩ/Dược sĩ	37	42,5
	Điều dưỡng/Nữ hộ sinh/Kỹ thuật viên	50	57,5

Nhận xét: Kết quả ghi nhận về thời gian công tác của nhân viên báo cáo sự cố là từ 10 đến 20 năm chiếm tỷ lệ cao với 38%. Chủ yếu nhân viên báo cáo sự cố ghi nhận là Điều dưỡng/Nữ hộ sinh/Kỹ thuật viên với 57,5%.

### 3.2. An toàn người bệnh

**Bảng 2. Thời điểm xảy ra an toàn người bệnh (n=87)**

Thời điểm xảy ra sự cố	Tần số	Tỷ lệ (%)
Ban ngày (từ 6h-17h)	65	74,7
Ban đêm (từ 17h-6h)	22	25,3

Nhận xét: Các sự cố chủ yếu xảy ra vào buổi sáng chiếm 74,7%

**2.2. Đối tượng nghiên cứu:** Sự cố về ATNB ghi nhận được tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương trong thời gian thực hiện nghiên cứu, từ 01/01/2018 đến 31/12/2023.

**2.3. Xử lý và phân tích số liệu:** Mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm (%). Sử dụng phép kiểm  $\chi^2$  để so sánh hai tỷ lệ

**2.4. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu của chúng tôi chỉ được tiến hành khi được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch và Bệnh viện Nguyễn Tri Phương.

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 01/2018 đến hết tháng 12/2023 có tổng cộng 87 sự cố được báo cáo. Với tổng số lượt người Bệnh nhập viện trong cùng khoảng thời gian là 434.590 lượt, tỷ lệ ATNB được báo cáo tại Bệnh viện là 0,02% trên lượt người bệnh nhập viện.

**Bảng 3. Phân loại sự cố theo thời gian xảy ra sự cố (n=87)**

Phân loại sự cố	Thời điểm xảy ra sự cố		P
	Ban ngày (n=65)	Ban đêm (n=22)	
Tai nạn, chấn thương té ngã (n=26)	19 (29,2)	7 (31,8)	0,71
Sai sót chuyên môn (n=20)	14 (21,5)	6 (27,3)	0,54
Chăm sóc bệnh (n=16)	11 (16,9)	5 (22,7)	0,28
An toàn trong sử dụng thuốc (n=8)	6 (9,3)	2 (9,1)	0,8*
Sử dụng vật tư, trang thiết bị (n=11)	9 (13,8)	2 (9,1)	0,48*
Quy trình, thủ tục khám, chữa bệnh (n=6)	6 (9,3)	0	

Phép kiểm  $\chi^2$ , \*Phép kiểm Fisher

Nhận xét: Tỷ lệ sự cố xảy ra ban đêm nhiều hơn so với ban ngày, riêng sự cố về quy trình, thủ tục khám, chữa bệnh tất cả xảy ra vào ban ngày. Tuy nhiên, tất cả sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 4. Hậu quả của sự cố và thời gian xảy ra sự cố (n=87)**

Hậu quả của sự cố	Thời điểm xảy ra sự cố		P
	Ban ngày (n=65)	Ban đêm (n=22)	
Kéo dài thời gian điều trị (n=41)	33 (50,8)	8 (36,4)	0,27
Không ảnh hưởng sức khỏe, tinh thần (n=15)	12 (18,5)	3 (13,6)	0,8
Cần xử trí cấp cứu ngay sau đó (n=13)	6 (9,3)	7 (31,8)	0,011
Tái nhập viện (n=3)	1 (1,5)	2 (9,1)	0,14*
Hậu quả khác (n=15)	13 (20)	2 (9,1)	0,19

Phép kiểm  $\chi^2$ , \*Phép kiểm Fisher

Nhận xét: Không ghi nhận được sự khác biệt về mặt thống kê giữa thời điểm xảy ra sự cố với các hậu quả kéo dài thời gian điều trị, không gây tổn hại, nhập viện lại và hậu quả khác.

Những sự cố xảy ra vào ban đêm có tỷ lệ phải cấp cứu ngay sau đó cao hơn so với những sự cố vào ban ngày (p=0,011).

**Bảng 5. Cấp cứu và phân loại sự cố (n=87)**

Hậu quả của sự cố		Cấp cứu		P
		Có (%)	Không (%)	
Chuyên môn	Có liên quan	9 (45)	11 (55)	<0,001*
	Không liên quan	4 (6)	63 (94)	
Tai nạn, chấn thương té ngã	Có liên quan	4 (15,4)	22 (84,6)	0,9
	Không liên quan	9 (14,8)	52 (85,2)	
Vật tư, trang thiết bị	Có liên quan	2 (18,2)	9 (81,8)	0,69*
	Không liên quan	11 (14,5)	65 (85,5)	

Phép kiểm  $\chi^2$ , \*Phép kiểm Fisher

Nhận xét: Sự có liên quan đến chuyên môn có tỷ lệ phải cấp cứu cao hơn so với những sự cố không liên quan đến chuyên môn (43,5% so với 10,9%,  $p=0,004$ ).

### 3.3. Kết quả phân tích nguyên nhân gốc

Trong thời gian từ 01/01/2017 đến 31/12/2023 ghi nhận có 11 trường hợp sự cố nghiêm trọng được phân tích nguyên nhân gốc và rút kinh nghiệm, tổng số lỗi ghi nhận là 75 nguyên nhân và yếu tố góp phần gây ra lỗi.

**Bảng 6. Kết quả phân tích nguyên nhân gốc (n=75)**

Vấn đề	Tần số	Tỉ lệ (%)
Lỗi cá nhân	34	45,3
Lỗi hệ thống	41	54,7

Nhận xét: Trong tổng số 75 lỗi ghi nhận, lỗi cá nhân là 45,3% và lỗi hệ thống là 54,7%.

**Bảng 7. Các lỗi hệ thống (n=41)**

Lỗi hệ thống	Tần số	Tỉ lệ (%)
Quy trình, Phác đồ	9	21,9
Huấn luyện đào tạo	11	26,9
Bác sĩ điều trị không theo phạm vi chứng chỉ hành nghề	2	4,9
Trao đổi thông tin, hội chẩn	9	21,9
Tổ chức, phối hợp, giám sát	10	24,4

Nhận xét: Các lỗi liên quan đến huấn luyện, đào tạo là chủ yếu với 26,9%. Kế đến là hoạt động về tổ chức, phối hợp, giám sát chiếm 24,4%. Nguyên nhân do thiếu công tác hội chẩn, truyền đạt thông tin và quy trình là 21,9%.

**Bảng 8. Các lỗi cá nhân (n=34)**

Lỗi cá nhân	Tần số	Tỉ lệ (%)
Bác sĩ, điều dưỡng chủ quan	7	20,6
Thiếu kỹ năng, kinh nghiệm	17	50,0
Thiếu kiến thức	5	14,7
Vi phạm quy chế, qui định	4	11,8
Lỗi do sơ ý	1	2,9

Nhận xét: Về lỗi cá nhân, trong tổng số 34 lỗi, ghi nhận chủ yếu là do thiếu kỹ năng kinh nghiệm với 50%, kế đến là do bác sĩ/điều dưỡng chủ quan trong công tác chăm sóc người bệnh 20,59%. Ghi nhận có 14,71% lỗi đến từ việc thiếu kiến thức. 11,76% lỗi vi phạm quy chế, qui định.

## 4. BÀN LUẬN

### Đặc tính mẫu nghiên cứu

Các yếu tố ảnh hưởng đến việc tham gia báo cáo ATNB ghi nhận từ các nghiên cứu trên giới bao gồm các yếu tố về cá nhân, tổ chức và về văn hóa tại nơi xảy ra sự cố [3]. Các nghiên cứu cũng ghi nhận việc thiếu kinh nghiệm, thiếu đào tạo, huấn luyện, khối lượng công việc

lớn, tình trạng căng thẳng (stress), thiếu giao tiếp và thiếu kiến thức về ATNB dẫn đến tăng xảy ra sự cố nhưng hạn chế báo cáo. Ngoài ra, văn hóa buộc tội, nỗi sợ bị trừng phạt do sai sót về ATNB cũng là một trong những rào cản lớn hạn chế báo cáo các ATNB ở nhân viên [4]. Có thể thấy các yếu tố trên đều bị ảnh hưởng bởi thời gian công tác, thời gian làm việc càng lâu, càng được đào tạo, huấn luyện càng nhiều, thì kinh nghiệm càng được tích lũy và nhận thức về báo cáo sự cố được tăng cao. Lý luận này phù hợp với kết quả nghiên khảo sát khi tỷ lệ báo cáo sự cố tăng dần theo thời gian công tác của nhân viên.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng báo cáo sự cố chủ yếu là điều dưỡng, nữ hộ sinh và kỹ thuật viên với 64,1%. Kết quả này phù hợp vì công tác báo cáo sự cố chủ yếu do điều dưỡng hành chính và điều dưỡng trưởng tại các khoa thực hiện, nên đối tượng bác sĩ, dược sĩ còn hạn chế. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam về đối tượng báo cáo sự cố là điều dưỡng, nữ hộ sinh có tỷ lệ báo cáo sự cố cao hơn đối tượng bác sĩ.

Như báo cáo của Madsen và cộng sự năm 2006 tại Đan Mạch cho thấy thái độ đối với báo cáo sự cố, sai sót có sự khác biệt lớn giữa các nhóm. Nhóm bác sĩ không thích hoặc miễn cưỡng phải báo cáo là 34%, trong khi nhóm điều dưỡng là 21%. Lý do không báo cáo là thói quen, lo sợ bị chú ý, nguy cơ bị khiển trách [5].

### **Kết quả quản lý an toàn người bệnh**

Trong 6 năm nay, bệnh viện đã tiến hành nhiều giải pháp quản lý để tăng cường báo cáo sự cố và phương pháp giải quyết các sự cố về ATNB. Thời điểm xảy ra sự cố chủ yếu vào ban ngày, kết quả này có thể do thuận lợi vào ban ngày khi có nhiều nhân viên cùng làm việc và có thêm sự hỗ trợ của Ban chủ nhiệm Khoa trong vấn đề báo cáo sự cố. Trong khi đó, hầu hết các sự cố vào ban đêm ít được giám sát ghi nhận hơn so với ban ngày, và thường được bỏ qua. Do đó, việc tự nguyện báo cáo các sự cố xảy ra vào ban đêm còn hạn chế. Ngoài ra, yếu tố về “văn hóa buộc tội” và “nỗi sợ bị trừng phạt” là những rào cản lớn nhất để nhân viên tự nguyện báo cáo các sự cố liên quan đến sai sót về ATNB, đặc biệt là sai sót về chuyên môn [6].

### **Tác động của sự cố và tính chất của sự cố**

Nhận thức của nhân viên y tế về tầm quan trọng của việc báo cáo sự cố là cực kỳ quan trọng trong vấn đề này. Mặc dù, bệnh viện đã thực hiện rất nhiều chương trình tập huấn quản lý ATNB cũng như triển khai các hoạt động đảm bảo chất lượng ATNB, tổ chức các hội thi khuyến khích về báo cáo sự cố. Tuy nhiên, kết quả quản lý cho thấy tỷ lệ báo cáo ATNB tự nguyện là chưa cao. Cần có những biện pháp khác thích hợp để đảm bảo việc báo cáo chính xác và đầy đủ. Để thực hiện việc này, cần khảo sát những lý do, rào cản làm hạn chế tính tự nguyện của nhân viên trong báo cáo ATNB.

### **Phân loại an toàn người bệnh**

Đối với các sự cố liên quan đến quy trình, thủ tục khám, chữa bệnh, các sự cố xảy ra thường do “lỗ hổng” của quy trình. Các quy trình chưa được thực hiện một cách đồng nhất giữa các khoa, phòng hoặc có thể quy trình chưa được cập nhật, ban hành tại thời điểm xảy ra sự cố. Nghiên cứu chưa đi sâu phân tích về các yếu tố liên quan đến quy trình. Do đó, việc rà soát lại các điểm bất hợp lý trong quy trình, cũng như phát triển và hoàn thiện các quy trình phối hợp là việc cần thiết để đảm bảo không lặp lại các sự cố tương tự trong tương lai.

Các sự cố về an toàn trong sử dụng thuốc chủ yếu là phản ứng thuốc khi tiêm, truyền ở người bệnh nội trú và được phát hiện kịp thời. Cách khắc phục chủ yếu là ngừng sử dụng loại thuốc đang tiêm, truyền, báo cáo sự cố và chăm sóc phục hồi. Trong nghiên cứu chưa ghi nhận bất kỳ các báo cáo nào của người bệnh ngoại trú về những phản ứng bất lợi khi sử dụng thuốc.

Các sự cố liên quan đến vật tư, trang thiết bị ghi nhận được trong nghiên cứu chủ yếu do lỗi thiết bị, hỏng hóc kéo dài làm ảnh hưởng đến quá trình chăm sóc và điều trị. Hầu hết các sự cố này đều có cách khắc phục và chưa ghi nhận các hậu quả nghiêm trọng. Với nguồn lực hiện tại của bệnh viện, hầu như công tác cung ứng và sửa chữa vật tư trang thiết bị còn hạn chế và chỉ chú trọng vào các thiết bị quan trọng và các khoa trọng điểm

### **Thời điểm xảy ra sự cố và các đặc tính của sự cố**

Kết quả quản lý ghi nhận đối với các sự cố xảy ra vào ban đêm, tỉ lệ người bệnh cần xử trí cấp cứu cao hơn so với những sự cố xảy ra vào ban ngày. Đội ngũ nhân viên trong ca đêm thường mỏng hơn so với ca ngày, do đó, bắt buộc những người trực đêm phải có kinh nghiệm và đảm bảo khả năng giải quyết những vấn đề phát sinh trong ca trực. Tuy nhiên, đối với việc phân chia ca trực và đảm bảo nguồn lực giàu kinh nghiệm là một trong những khó khăn đối với hầu hết các bệnh viện công lập [7].

### **Hậu quả do sự cố và các yếu tố liên quan**

Trong nghiên cứu ghi nhận có mối liên quan giữa sai sót chuyên môn với tỉ lệ tử vong, cấp cứu ở người bệnh. Những sai sót liên quan đến chuyên môn có tỉ lệ người bệnh phải cấp cứu cao hơn so với những sai sót không liên quan chuyên môn (45% so với 6%). Các báo cáo tự nguyện các sai sót về chuyên môn trong nghiên cứu là chưa ghi nhận được nhiều, điều này có thể do ảnh hưởng bởi các yếu tố của “văn hóa buộc tội” và “nỗi sợ bị trừng phạt”. Việc phân tích các sự cố liên quan đến chuyên môn cần đội ngũ chuyên gia ở nhiều lĩnh vực phối hợp.

### **Phân tích nguyên nhân gốc an toàn người bệnh**

Qua nghiên cứu trên tổng số 11 trường hợp an toàn người bệnh nghiêm trọng, chúng tôi phân tích nguyên

nhân gốc, tổng số lỗi và yếu tố góp phần ra lỗi là 75, trong đó lỗi hệ thống là 54,7%, lỗi cá nhân là 45,3%.

Các lỗi hệ thống bao gồm: Các lỗi liên quan đến huấn luyện, đào tạo là chủ yếu với 26,9%. Kế đến là hoạt động về tổ chức, phối hợp, giám sát chiếm 24,4%. Nguyên nhân do thiếu công tác hội chẩn, truyền đạt thông tin và quy trình là 21,9%. Về lỗi cá nhân, trong tổng số 34 lỗi, ghi nhận chủ yếu là do thiếu kỹ năng kinh nghiệm với 50%, kế đến là do bác sĩ/điều dưỡng chủ quan trong công tác chăm sóc người bệnh 20,59%. Ghi nhận có 14,71% lỗi đến từ việc thiếu kiến thức. 11,76% lỗi vi phạm quy chế, qui định.

## 5. KẾT LUẬN

Kết quả quản lý ghi nhận 87 trường hợp sự cố về ATNB trong thời gian nghiên cứu, chiếm 0,02% lượt người bệnh nhập viện. Phân loại các sự cố về an toàn người bệnh như sau: Tai nạn, té ngã là 30%; sự cố về chuyên môn là 23%; chăm sóc bệnh là 27,6%; sử dụng vật tư, trang thiết bị là 12,4%; quy trình, thủ tục khám, chữa bệnh chiếm là 7%. Các yếu tố liên quan: Sự cố xảy ra vào ban đêm có liên quan đến cấp cứu người bệnh cao hơn so với những sự cố vào ban ngày ( $p < 0,05$ ). Những sự cố liên quan chuyên môn có tỷ lệ phải cấp cứu cao hơn so với những sự cố không liên quan đến chuyên môn (44,8% so với 9,2%,  $p < 0,05$ ). Sự cố liên quan đến chăm sóc bệnh có liên quan đến kéo dài thời gian điều trị, 86,2% so với 58,6% ( $p < 0,05$ ). Phân tích nguyên nhân gốc 11 trường hợp sự cố nghiêm trọng cho thấy lỗi hệ thống chiếm 54,7% và lỗi cá nhân chiếm 45,3%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] World Health Organization. 10 facts on patient safety. Updated Last Update on 26 August 2019. Accessed Accessed on 20 June 2022, <https://www.who.int/news-room/photo-story/photo-story-detail/10-facts-on-patient-safety>
- [2] Jill M, Peter G, Clarissa P et al., Evaluating a major innovation in hospital design: Workforce implications and impact on patient and staff experiences of all single room hospital accommodation. National Library of Medicine. 2015;doi:10.3310/hsdr03030
- [3] Hartnell N, MacKinnon N, Sketris I et al., Identifying, understanding and overcoming barriers to medication error reporting in hospitals: A focus group study". *BMJ Qual Saf*, 21(5); 2012, pp.361-8.
- [4] Wolf ZR, Serembus JF, Smetzer J et al., Responses and concerns of healthcare providers to medication error. *Clin Nurse Spec*, 14(6), 2000, pp.278-87; pp. 288-90.
- [5] Madsen MD1, Ostergaard D, Andersen HB et al., The attitude of doctors and nurses towards reporting and handling errors and adverse events. *Ugeskr Laeger*. 2006 Nov 27;168(48); pp.4195-200.
- [6] Wolf ZR, Hughes RG, Patient Safety and Quality An Evidence-Based Handbook for Nurses: Chapter 35. Error Reporting and Disclosure. Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2008.
- [7] Hughes V, Is There a Relationship Between Night Shift and Errors? What Nurse Leaders Need to Know. *Athens Journal of Health*, 3(3), 2016.

