

KHẢO SÁT THỰC TRẠNG SỰ QUÁ TẢI CỦA KHOA NỘI, NGUYÊN NHÂN VÀ GIẢI PHÁP

Công trình này được thực hiện dưới sự chỉ đạo trực tiếp của BS. Nguyễn Trung Lập, Giám đốc Sở Y tế An Giang.

Nhóm nghiên cứu: Nguyễn Văn Sách, Trần Thị Phi La, Nguyễn Thị Thu Trang, Dương Quốc Hiền, Hồ Đồng Cồn, Lữ Công Trung, Nguyễn Trường Giang, Lâm Thị Huệ Hương, Nguyễn Thanh Phong, Phạm Ngọc Hoa, Huỳnh Trinh Trí, Huỳnh Thị Mỹ Thanh, Lê Thị Tuyết Nga, Lương Thị Kim Loan và các bác sĩ, điều dưỡng khoa Nội.

I. Đặt vấn đề:

Do đời sống kinh tế phát triển, nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân ngày càng tăng và mở rộng cùng với những chủ trương chính sách đầy tính nhân đạo của Đảng và Nhà nước ta, chế độ bảo hiểm y tế trong những năm gần đây thông thoáng hơn.... Tất cả đã vẽ nên một bức tranh toàn cảnh về y tế trong giai đoạn hiện nay mang một nét chung nổi cộm là sự quá tải xảy ra ở hầu hết các bệnh viện trong cả nước. Tại bệnh viện Đa khoa An Giang, từ đầu năm 2006, số BN nội và ngoại trú đều tăng cao so với chỉ tiêu được giao. Các đơn vị thường xuyên bị quá tải như: khoa Cấp cứu, khoa Khám bệnh, Nhi, Nhiễm, Chấn thương Chỉnh hình, Tai Mũi Họng, Nội.... Bệnh viện đã và đang thực hiện nhiều giải pháp như tăng giường bệnh nội trú từ 754 lên 900, sắp xếp lại quy trình khám bệnh ngoại trú, Nhìn chung, tình trạng quá tải có cải thiện nhưng chưa đồng bộ. Tại khoa Nội, dù đã có nhiều giải pháp được áp dụng như mở rộng mặt bằng, tăng cường trang thiết bị y tế (máy thở, máy lọc thận,...), đào tạo liên tục cho đội ngũ chuyên môn,... nhưng cho đến tháng 7/2007 thì sự quá tải tại đây vẫn còn là một vấn đề cần phải được tiếp tục xem xét. Sau cuộc họp ngày 10/7/2007 (với đại diện Văn phòng Tỉnh ủy, Giám đốc Sở Y tế, ...) bệnh viện đã thành lập nhóm để tiến hành khảo sát thực trạng sự quá tải của khoa Nội và chọn chuyên môn làm khâu đột phá để nghiên cứu các nguyên nhân và đề xuất các giải pháp giảm tải cho khoa Nội.

II. Mục tiêu:

2.1. Mục tiêu tổng quát:

Giảm hợp lý số lượng bệnh nhân nội trú quá tải và duy trì ở mức phù hợp với tình hình thực tế về nhân sự và cơ sở vật chất hiện có của khoa Nội (qua kết quả thăm dò bằng phiếu, chấp thuận ở mức từ 140-160 bệnh nhân trong ngày), đảm bảo chất lượng điều trị, chất lượng phục vụ bệnh nhân và ổn định tâm lý của cán bộ công nhân viên chức tại đây bằng các giải pháp về chuyên môn.

2.2. Mục tiêu cụ thể:

- Xác định mức độ quá tải của khoa Nội trong thời gian từ năm 2006 đến tháng 7/2007 so với chỉ tiêu được giao về nhân sự, số giường bệnh,
- Phân tích các nguyên nhân gây quá tải có liên quan chủ yếu đến chuyên môn (như tình hình về thu dung, chuyển viện, quản lý bệnh nhân sau ra viện, mô hình bệnh tật, chất lượng lọc bệnh, chất lượng chẩn đoán, kết quả điều trị,...).
- Chọn các giải pháp giảm tải khả thi nhất như **tăng cường chất lượng lọc bệnh** kết hợp với giải pháp **nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị và quản lý tốt bệnh nhân sau ra viện**.

III. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

3.1. Đối tượng:

- *Tiêu chuẩn chọn bệnh:* Tất cả các BN nhập viện khoa Nội từ ngày 18/7/2007 đến 25/7/2007.
- *Tiêu chuẩn loại trừ:* BN trốn viện hoặc chuyển đi nơi khác (thành phố Hồ Chí Minh).

3.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Loại hình nghiên cứu: tiền cứu ngắn hạn, sử dụng phương pháp cắt ngang mô tả và có can thiệp.
- Kết hợp với phương pháp hồi cứu (các hồ sơ bệnh án ra viện trong một tuần của tháng 6/2007) để làm dữ liệu so sánh.

3.3. Nội dung và cách thức tiến hành:

* **Bước 1. Thiết kế đề cương nghiên cứu** (từ ngày 11/7/2007 đến ngày 18/7/2007):

Thu thập các thông tin có liên quan đến tình hình hoạt động của khoa nội (về nhân sự, thu dung, xuất viện, kết quả điều trị, tử vong, nặng xin về,...) từ năm 2006 đến tháng 7/2007 qua:

- Báo cáo của khoa Nội, phòng Kế hoạch Tổng hợp, phòng Tổ chức Cán bộ.
- Khảo sát hồi cứu các hồ sơ ra viện trong một tuần của tháng 6/2007 để ghi nhận một số đặc điểm như: mô hình bệnh tật, chất lượng lọc bệnh (tỷ lệ BN không cần nằm viện hoặc có thể điều trị ngoại trú/ ban ngày,...) chất lượng chẩn đoán và điều trị (các tỷ lệ chẩn đoán sai, điều trị không đúng phác đồ, tử vong và nặng xin về,...), chế độ quản lý sau ra viện, chất lượng hồ sơ bệnh án... làm cơ sở để so sánh ở các giai đoạn tiếp theo.
- Kết hợp với khảo sát thực tế để thiết kế mẫu điều tra (dành cho BN mới vào khoa Nội), phiếu thăm dò (dành cho cán bộ công nhân viên khoa Nội) về những nội dung có liên quan đến tình hình quá tải của khoa.

* **Bước 2. Tiến hành giải pháp can thiệp** (từ ngày 19/7/2007 đến ngày 25/7/2007):

- Lựa chọn một số giải pháp về chuyên môn và tiến hành can thiệp thử nghiệm bằng giải pháp tăng cường chất lượng lọc bệnh ngay tại khoa Nội trong vòng một tuần với cách thức tiến hành như sau:

o Bác sĩ trực Nội đánh giá lần 1: đối với tất cả các BN mới từ khoa CC, khoa KB chuyển vào từng ngày) và ghi lên bìa hồ sơ bệnh án ở góc trái trên về 1 trong 3 khả năng sau: không cần nằm viện, ký hiệu là BNg (+); cần thiết nằm nội trú, ký hiệu là BNg (-); có thể điều trị ban ngày, ký hiệu là BNg ($\pm$).

o Nhóm khảo sát (gồm 1 Phó giám đốc phụ trách khối Nội, 2 bác sĩ phòng Kế hoạch Tổng hợp thuộc khối Nội, trưởng/phó khoa Nội và 2 bác sĩ được đề cử hoặc tình nguyện) đánh giá lần 2 vào ngày mai sau giờ giao ban cấp I tại khoa Nội và có đối chiếu lâm sàng trên mỗi BN khi cần thiết.

o Thư ký sẽ tổng hợp số liệu từng ngày và ghi lại những điểm cần rút nghiệm có liên quan đến chuyên môn.

Định nghĩa các ký hiệu:

BNg (+) là những BN không cần nằm viện: BN đã được xếp vào Phòng thường (từ khoa CC/khoa KB đưa vào) với chẩn đoán rõ ràng và tiên lượng nhẹ, bệnh đơn thuần, thuốc sử dụng (chủ yếu bằng đường uống), BN có thể tự đi lại dễ dàng ...; BNg ($\pm$) là những BN có thể áp dụng chế độ điều trị ban ngày hoặc ngoại trú. BNg (-) là những BN cần nằm viện.

* **Bước 3. Đánh giá kết quả:**

- Đánh giá lần I về kết quả của đợt can thiệp bằng giải pháp tăng cường chất lượng lọc bệnh ngay tại khoa Nội (dựa vào tỷ lệ BN không cần nằm viện, tỷ lệ chẩn đoán sai của các khoa có liên quan như khoa CC, khoa KB,...), số lượng BN đang nằm nội trú, số BN mới vào và ra viện hàng ngày của khoa Nội.... Đề xuất các giải pháp về chuyên môn có thể áp dụng ngay tại khoa Nội và các khoa có liên quan. Dự kiến báo cáo kết quả đợt 1 vào giữa tháng 8.

- Đánh giá lần II, sau đợt can thiệp từ 3-6 tháng về:

- o Chất lượng chẩn đoán, điều trị (dựa vào thời gian điều trị trung bình, tỷ lệ khỏi bệnh, tỷ lệ tử vong và nặng xin về, tỷ lệ tái nhập viện; ...) của khoa Nội.
- o Tiếp tục theo dõi chất lượng lọc bệnh của các khoa có liên quan.
- o Khảo sát mức độ hài lòng của BN và thân nhân BN, số đơn thưa... và so sánh với trước thời điểm can thiệp.
- o Đề xuất các giải pháp tiếp theo

3.2. Xử lý số liệu:

Kết quả tính ra tỷ lệ phần trăm, trung bình cộng, độ lệch chuẩn. Khi so sánh 2 tỷ lệ, áp dụng test χ^2 có hiệu chỉnh Yates. Nếu có ít nhất 1 tần số quan sát ≤ 5 thì áp dụng test Fisher. Kết quả tính được có độ tin cậy

>95% hay $p < 0,05$ và >99% hay $p < 0,01$ thì so sánh có ý nghĩa thống kê. Các số liệu thu thập được xử lý theo phương pháp thống kê y học trong chương trình **EPI.INFO 6.0** của WHO-1994.

IV. Kết quả:

4.1. Một số nét lớn về tình hình hoạt động của khoa Nội:

4.1.1. Tình hình thu dung của khoa Nội từ 2006 đến tháng 7/2007:

Bảng 1. Tình hình thu dung bình quân (BQ)/tháng từ 2006 đến tháng 7/2007

Số BN BQ/tháng Khoa Nội	Tháng 1 - 9	Tháng 10 - 12	Cả năm 2006	6 th đầu/2007	Tháng 7/2007
Nhập	819 (7372/9)	902 (2707/3)	840 (10079/12)	910 (5459/6)	981
Xuất	812 (7312/9)	896 (2687/3)	833 (9999/12)	909 (5452/6)	998
Tồn BQ/ngày	172	230	187	247	257
Bán trú (TNT)/ngày	72	72	72	74	75
Nội trú/ngày	100	158 (102-171)	115	173	182

Nhận xét: Số BN nhập (và số BN xuất) bình quân/tháng tăng dần từ năm 2006 đến tháng 7/2007.

Bảng 2. Kết quả sau đợt can thiệp so với 18 ngày đầu tháng 7/2007

Số BN BQ/ngày Khoa Nội	18 ngày đầu tháng 7	Sau can thiệp	7 ngày kế tiếp tháng 7	6 ngày cuối tháng 7	15 ngày đầu tháng 8
Nhập	34,0 (612/18)		29,9 (209/7)	26,7 (160/6)	29 (439/15)
Xuất	35,9 (647/18)		29,3 (205/7)	24,3 (146/6)	36 (454/15)
Tồn BQ/ngày (không TNT) (Lượng BN thay đổi)	192 (164-223)		161 (142-172)	181 (163-215)	159,6 (129-195)

4.1.2. Một số chỉ tiêu và kết quả thực hiện:

* Chỉ tiêu về giường bệnh:

- Trong năm 2006: chỉ tiêu giường bệnh được duyệt đầu năm là 100, ngày điều trị trung bình là 6, số BN nội trú/năm là 6083 ($100 \times 365/6$). Kết quả thực hiện: tổng số BN là 10079, đạt công suất 165% ($10079 \times 100\%/6083$), nếu tách riêng 876 lượt nhập viện trong năm ($72 \times 365/30$) của các BN lọc thận thì công suất giường bệnh đạt 151% ($9203 \times 100\%/6083$). Số BN nằm nội trú bình quân trong ngày của cả năm là 115 (bảng 1), nếu tính riêng trong 3 tháng cuối năm, số BN nằm nội trú bình quân trong/ngày tăng lên 158. Đây cũng là thời điểm khoa Nội được mở rộng thêm 30 GB (từ mặt bằng của khoa Da liễu và Y học dân tộc) nhưng số ghế bỏ vẫn phải được kê thêm bình quân là 28 cái/ngày. Về chỉ tiêu chuyên môn, đạt ngày điều trị trung bình là 7,7; tỷ lệ tử vong (43/10656) và nặng xin về (140/10656) là 1,71%.

- Trong 6 tháng đầu năm 2007: chỉ tiêu giường bệnh được duyệt trong năm 2007 là 140, ngày điều trị trung bình là 7, số BN nội trú/6tháng là 3650 ($140 \times 182,5/7$). Kết quả thực hiện: tổng số BN là

5459, đạt công suất 150% ($5459 \times 100\%/3650$), nếu tách riêng 450 lượt nhập viện trong năm ($74 \times 182,5/30$) của các BN lọc thận thì công suất giường bệnh đạt 137% ($5009 \times 100\%/3650$). Trong cuối tháng 6 mở rộng thêm được 9 GB, số GB thực kê đến thời điểm này là 163, số BN nội trú thực nằm bình quân trong ngày là 173 và tăng lên 192 trong 18 ngày đầu tháng 7 (bảng 2). Như vậy, mỗi ngày tại khoa luôn có từ 10 đến 30 BN phải nằm ghế bố. Trong tháng 7/2007: số BN mới là 981 (không kê TNT bán trú), tương đương với công suất 161% ($981 \times 100\%/608$), nhưng nếu tính riêng trong 18 ngày đầu tháng 7/2007 với số BN mới là 612, tương đương với tỷ lệ tăng là 173%.

- Trong 7 tháng đầu năm 2007: thời gian điều trị trung bình là 8,63 ngày ($52074/6032$), tỷ lệ điều trị khỏi là 86,6% ($5225/6032$), tỷ lệ tử vong và nặng xin về là 2,25% ($21+116/6032$).

* Chỉ tiêu về nhân sự:

- Đa số bác sĩ của khoa đều đã tốt nghiệp sau đại học (12/13), trên 90% điều dưỡng có trình độ trung cấp.
- Biên chế là 91 (140×0.65), số hiện có là 84 (hoạt động cho cả phòng lọc thận nhân tạo), số nhân sự còn thiếu là 7. Nếu tách riêng nhân sự của phòng thận nhân tạo (TNT), theo đề nghị của khoa, thì cần thêm 11 người (để quản lý và điều trị cho 78 BN chạy TNT với 10 máy TNT có khả năng lọc cho 34 BN/ngày), tổng số nhân sự còn thiếu sẽ là 18, trong đó có 5 bác sĩ đã chuyển công tác chưa được bổ sung. Đây là một vấn đề đã rất được quan tâm để giải quyết nhưng hiện vẫn chưa có lời ra.

4.2. Kết quả khảo sát hồi cứu:

Khảo sát ngẫu nhiên 241 bệnh án ra viện trong một tuần của tháng 6/2007 (không bao gồm bệnh án TNT), ghi nhận một số kết quả đáng lưu ý sau:

- Tỷ lệ BN tại TP.Long Xuyên chiếm 41,1%, tỉnh khác 12,9%.
- Tỷ lệ BN ≥ 60 tuổi là 35,3% (85/241).
- Tỷ lệ BN BHYT là 45,6% (110/241), không BHYT là 54,4% (131/241).
- Tỷ lệ chẩn đoán không phù hợp giữa lúc mới vào và lúc ra viện là 31,5% (76/241), trong đó tỷ lệ chẩn đoán sai hoàn toàn là 22,8% (55/241), tỷ lệ chẩn đoán sai chấp nhận được là 8,7% (21/241) và tỷ lệ chẩn đoán không phù hợp của khoa Nội (lúc vào và lúc ra) là 17,5% (42/241).
- Thời gian điều trị trung bình là 5,6 ngày (1351/241).
- Một số loại bệnh có tỷ lệ cao tại khoa Nội như: bệnh lý dạ dày chiếm tỷ lệ 25,3% (61/241), trong đó chỉ 19,6% (12/61) trường hợp có thực hiện cận lâm sàng để chẩn đoán, kể đến là bệnh lý hô hấp (viêm phế quản, viêm phổi, COPD) chiếm tỷ lệ 12,9% (31/241); rối loạn tuần hoàn não 8,7% (21/241), hạ canxi chiếm 6,6% (16/241),...
- Tỷ lệ bệnh nhẹ với thời gian điều trị ≤ 2 ngày là 24,9% (60/241) (bao gồm 13,2% viêm dạ dày, 6,6% hạ canxi, 4,97% viêm phế quản) và trong đó 10,4% (25/241) ở TP Long xuyên.
- Có 9,5% (23/241) số BN nội trú không phải là bệnh của khoa nội (viêm xoang, tăng huyết áp, tiêu chảy nhiễm khuẩn,...).
- Không có lời dặn BN tái khám sau ra viện trên 100% hồ sơ được khảo sát.

4.3. Kết quả khảo sát tiền cứu:

Khảo sát tiền cứu ngắn hạn được tiến hành trong vòng một tuần từ 19/7 đến 25/7/2007 tại khoa Nội, ghi nhận được 163 BN mới vào có các đặc điểm như sau:

4.3.1. Các đặc điểm liên quan đến BN:

Bảng 3. Các đặc điểm liên quan đến BN

Kết quả		n=163	Tỷ lệ %
Giới	Nam	71	43,6
	Nữ	92	56,4
	< 60	99	60,7

Tuổi	60-90	64	39,3
Địa chỉ	Long xuyên	66	40,5
	Các huyện trong tỉnh	79	48,5
	- Chợ Mới	25	15,3
	- Châu Thành	18	11,0
	- Thoại Sơn	16	9,8
	- Các huyện còn lại	20	12,3
	Tỉnh khác	18	11,0
Phương tiện đi lại	Có	157	96,3
	Không	6	3,7
Phương tiện liên lạc	Có	151	92,6
	Không	12	7,4
Thích ở ban ngày	Có	54	33,1
	Không	109	66,9

Ghi chú: có 1 BN trên 90 tuổi

Bảng 4. Thời gian nhập viện

Đối tượng	BHYT	Không BHYT	Tổng cộng
Thời gian vào viện			
Thứ bảy- Chủ nhật	7,97% (13/163)	15,33% (25/163)	23,3% (38/163)
Thứ hai-thứ 6			
Giờ hành chánh	22,08% (36/163)	17,79% (29/163)	39,9% (65/163)
Giờ trực	17,79% (29/163)	19,02% (31/163)	36,8% (60/163)
- Trưa			10,4% (17/163)
- < 19h			6,1% (10/163)
- ≥ 19h			20,3% (33/163)
Tổng cộng	47,9% (78/163)	52,1% (85/163)	p > 0,05

Nhận xét: Thời gian nhập viện của BN BHYT chủ yếu là ngày thứ hai đến thứ sáu trong tuần (giờ hành chánh và cả giờ trực), thấp nhất là thứ bảy và chủ nhật, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (22,08% và 17,79% so với 7,97% với $p = 0,02$); thời điểm nhập viện (giờ hành chánh, giờ trực, thứ bảy/chủ nhật) của BN không BHYT thì không có sự khác biệt, $p > 0,05$. Số BN (BHYT và không BHYT) nhập viện vào giờ trực $\geq 19h$ cao hơn có ý nghĩa so với các giờ trực khác (trưa và < 19h), $p = 0,03$.

4.3.2. Mô hình bệnh tật tại khoa Nội

Bảng 5. Mô hình bệnh tật tại khoa Nội (Thống kê dựa trên bệnh chính)

Loại bệnh		n=163	Tỷ lệ %
Dạ dày		23	14,1
Hô hấp (viêm phổi, phế quản, hen phế quản, COPD)		21	12,9
Tai biến mạch máu não (XH, nhồi máu, RLTH não?)		21	12,9
Đái tháo đường		11	6,7
Ngộ độc/tự tử		10	6,1
Xuất huyết tiêu hóa		9	5,5
Hạ canxi		7	4,3
Viêm đa khớp		6	3,7
Hạ đường huyết		5	3,1
Cảm nhiễm, mã ICD?		5	3,1
Bệnh của chuyên khoa khác 12,3% (20/163)	Da liễu (Zona, dị ứng,..)	3	1,8
	Tai Mũi Họng (viêm xoang)	4	2,5
	Nhiễm(Tiêu chảy nhiễm khuẩn)	4	2,5
	Tim Mạch :Tăng huyết áp	3	1,8
	Suy tim	1	0,6
Ung Bướu (ung thư gan, dạ dày,...)		5	3,1
Các bệnh nội khoa còn lại khác		25	15,3

* **GC:** - Số BN có một bệnh chiếm tỷ lệ 51,5% (84/163), hai loại bệnh kết hợp là 30,7% (50/163), từ ba bệnh trở lên là 17,8% (29/163).

- Bệnh dạ dày (vừa là bệnh chính vừa là bệnh phụ) có tần suất 21,5% (35/163); tăng huyết áp (vừa là bệnh chính vừa là bệnh phụ) có tần suất 16,6% (27/163).

4.3.3. Những đặc điểm liên quan đến bệnh trạng:

Bảng 6. Những đặc điểm liên quan đến bệnh trạng

Kết quả		n=163	Tỷ lệ %
Tình trạng bệnh	Cấp cứu	53	32,5
	Thường	110	67,5
Tiền sử nằm điều trị tại khoa Nội *	Không	123	75,5
	Có:	40	24,5
	- 1 lần	21	12,8

Dẫn tái khám	- 2 lần	7	4,3
	- ≥ 3 lần	12	7,4
	Có	27	67,5% (27/40)
	Không	13	32,5% (13/40)
Nhập viện do	Tự đến	138	84,7
	Tuyển dưới chuyển	25	15,3
	- Hợp lý	22	22/25
	- Không hợp lý	3	3/25
Chất lượng lọc bệnh (BNg)	Không cần nằm viện	11	6,7
	Có thể ở ban ngày hoặc ngoại trú	13	8,0
	Cần nằm viện	139	85,3
Chất lượng chẩn đoán (không phù hợp giữa lúc vào và lúc ra viện)	K.CC với K.Nội	60	36,8
	K.Nội với K.Nội	52	31,9
Thời gian ở trung bình		1027	6,3 ngày

GC: * Bệnh lý dạ dày 9/40, tăng huyết áp 9/40, đái tháo đường 7/40, suy thận mạn 3/40, hạ calci máu 2/40, nhức đầu không rõ nguyên nhân 2/40 và các bệnh lý khác còn lại 8/40.

V. Nhận xét và bàn luận:

5.1. Tình hình thu dung của khoa nội và hai khoa có liên quan từ năm 2006 đến tháng 7/2007:

Bảng 7. Thu dung bình quân/tháng của Khoa KB, khoa CC và khoa Nội:

Số BN BQ/tháng Khoa	Cả năm 2006	6 th đầu/2007	7 tháng/2007						
			1	2	3	4	5	6	7
Khoa KB	27435 (329228/12)	27411 (164463/6)	2865 9	2103 5	2650 4	2657 4	3138 6	3030 5	3346 9
Khoa CC	3510 (42123/12)	2977 (17861/6)	2888	2972	2823	2861	3082	3235	3112
Khoa Nội	840 (10079/12)	910 (5459/6)	921	806	880	851	992	1009	981

Số BN đến khoa KB / khoa CC trong 6 tháng = 9,2 và trong tháng 7 là 10,7

Bảng 8. Thu dung bình quân/ngày của Khoa KB, khoa CC và khoa Nội:

Số BN BQ/ngày Khoa	Năm 2006	6 tháng đầu năm 2007	Tháng 7 năm 2007	18 ngày đầu tháng 7 năm 2007	7 ngày kế tiếp tháng 7/2007	6 ngày cuối tháng 7/2007
Khoa KB *	902 (329228/365)	901 164463/182,5)	1080 (33469/31)			
Khoa CC	115,4	97,8	100,4	103	96	97

(nhập)		(42123/365)	(17861/182, 5)	(3112/31)	(1857/18)	(672/7)	(583/6)
Khoa Nội **	Nhập	27,6 (10079/365)	29,9 (5459/182, 5)	31,6 (981/31)	34,0 (612/18)	29,9 (209/7)	26,7 (160/6)
	Xuất	27,4 (9999/365)	29,87 (5452/182, 5)	31,2 (998/31)	35,9 (647/18)	29,3 (205/7)	24,3 (146/6)
	Tồn	115	173	182	192	161	181

GC: - * Số BN của khoa KB chuyển vào khoa Nội trong 9 tháng/ 2006 là 1221BN (BQ/ngày là 4,5BN) và 7 tháng đầu 2007 là 967 BN (BQ/ngày là 4,6BN) (* nguồn số liệu của khoa KB).

- ** Số BN trong tháng 7/2006 của khoa Nội là 880. Số liệu của khoa Nội ** không tính TNT.

Từ kết quả bảng 7 và 8 cho thấy tình hình thu dung trong tháng 7/2007 của cả ba khoa: KB, CC và Nội đều tăng so với 6 tháng đầu năm 2007. Trong đó, tỷ lệ tăng của khoa KB là 22%, khoa CC là 4,5% và khoa Nội là 7,8%. Nếu so với cả năm 2006, tỷ lệ tăng của khoa KB vẫn không đổi (22%), tỷ lệ tăng của khoa Nội là 16,8% nhưng lượt BN tới khoa CC lại giảm 12,8%. Số BN từ khoa KB chuyển vào khoa Nội thì ổn định ở mức thấp chỉ dưới 5 BN bình quân/ngày với tỷ lệ xấp xỉ là 15% (4,5BN/ 27,6 BN, tỷ lệ 16,6% trong năm 2006 và 4,6BN/31,6BN, tỷ lệ 14,6% trong 7 tháng 2007); Gần 85% số BN còn lại của khoa Nội là do từ khoa CC chuyển vào: với tần suất rất cao là 3,2/1 trong 7 tháng 2007 và 4/1 trong năm 2006 (trung bình cứ 3,2 đến 4 BN đến khoa CC thì có 1 BN được đưa vào khoa Nội).

Từ kết quả trên, chúng ta có thể đi đến những kết luận sau: *số BN của khoa KB tăng thì số BN của khoa Nội cũng tăng nhưng sự tăng số BN của khoa Nội thì tùy thuộc phần lớn vào chất lượng lọc bệnh của khoa CC hơn là khoa KB.*

5.2. Phân tích các nguyên nhân gây quá tải của khoa Nội:

- Nguyên nhân ngoài bệnh viện:

o Do nhu cầu khám và điều trị của người dân ngày càng cao: Lưu lượng BN đến khám ngoại trú tại khoa KB cũng như số BN nội trú được chuyển vào khoa Nội ngày một tăng từ đầu 2006 đến tháng 7/2007 (mục 5.1), đối tượng BHYT chiếm tỷ lệ khá cao 47,9% (78/163); có đến 66,9% (109/163) BN thích nằm điều trị nội trú để được yên tâm trong số 163 BN được phỏng vấn; tần suất bệnh nặng/bệnh nhẹ khá cao là 1/2 (53/110).

o Do số BN tự đến bệnh viện tỉnh là rất cao chiếm tỷ lệ 84,7% (138/163), trong đó BN tại TP Long Xuyên chiếm tỷ lệ cao nhất 40,5%, kế đến là Chợ Mới 15,3%, Châu Thành 11,0%, Thoại Sơn 9,8% (bảng 3); do tuyến trước chuyển không hợp lý: 1,8% (3/163). Sự vượt tuyến này có thể do từ hệ thống y tế cơ sở (huyện, thị...) chưa thu hút được BN theo phân tuyến điều trị nhưng cũng có thể do vị trí gần bệnh viện.

o Do tỉnh khác đến: 11,04% (18/163), trong đó tin tưởng BVĐKAG là 66,6% (12/18) và do vị trí thuận lợi là 33,3% (6/18).

- Nguyên nhân trong bệnh viện:

Bảng 9. Các chỉ số chuyên môn cần lưu ý:

Đặc điểm	Kết quả	Khảo sát tiền cứu n=163	Khảo sát hồi cứu n=241	So sánh
Chất lượng lọc bệnh (tỷ lệ không cần nằm viện và có thể điều trị ban ngày)		14,7% (24/163)	24,9% (60/241)	Cải thiện 10,2% p =0,04

Chất lượng chẩn đoán (tỷ lệ không phù hợp giữa lúc vào và lúc ra viện)	K.CC với K.Nội	37,3% (60/163)	31,5% (76/241)	p = 0,4
	K.Nội với K.Nội	31,9% (52/163)	17,5% (42/241)	p = 0,008
Tái nhập viện do không quản lý sau ra viện		7,9% (13/163)	Không khảo sát được (hồi cứu)	
Thời gian điều trị trung bình		6,3 ngày (1027/163) 8,63 ngày (có TNT)	5,6 ngày (1351/241) 7,81 ngày (có TNT)	Dài hơn 0,7 ngày
Tử vong và nặng xin về		2,25% (6 th /2007) (137/6032)	1,71% (năm 2006) (183/10656)	Tăng hơn 0,54% p = 0,01

o Tại khoa CC, khoa KB:

+ Còn một tỷ lệ khá lớn 14,7% (24/163) BN không cần nằm viện hoặc có thể áp dụng chế độ điều trị ban ngày so với thời điểm trước can thiệp là 24,9% (60/241). Tỷ lệ này đã được cải thiện 10,2% ở mức rất có ý nghĩa thống kê (**p = 0,04**) và có giá trị trên thực tế làm giảm tải hẳn cho khoa Nội trong một tuần lễ tiến hành can thiệp.

+ Tỷ lệ chẩn đoán không phù hợp giữa lúc mới vào (khoa CC/khoa KB) và lúc ra viện (tại khoa Nội) là khá cao trong cả hai khảo sát tiền cứu và hồi cứu 37,3%(60/163) và 31,5%(76/241).

Các chẩn đoán sai thường gặp là rối loạn tuần hoàn não (17/60), hạ canxi (6/60), hạ đường huyết (3/60), cảm nhiễm (3/60), viêm dạ dày (5/60), viêm xoang(2/60).... Riêng 9 BN có chẩn đoán hạ canxi và hạ đường huyết đã không được thực hiện xét nghiệm trước điều trị và thời gian lưu lại khoa CC thường quá ngắn (trung bình khoảng 2 tiếng). Đề nghị nên thực hiện xét nghiệm trước điều trị để yên tâm lưu lại khoa CC lâu hơn và sau đó ổn định cho ra viện.

Trong thời gian tới, các khoa có liên quan (chủ yếu là khoa CC) nên có giải pháp nâng cao chất lượng chẩn đoán như chủ động trao đổi kinh nghiệm với các bác sĩ khoa Nội hoặc định kỳ gặp nhau theo kế hoạch thỏa thuận. Đồng thời, cần duy trì chất lượng lọc bệnh ở mức sai sót dưới 14,7% và trong số những BN này có thể thực hiện được chế độ điều trị ban ngày hoặc ngoại trú vì đa số đều có phương tiện đi lại (96,3%) và phương tiện liên lạc (92,6%).

o Tại khoa Nội:

+ Chất lượng chẩn đoán: Tỷ lệ chẩn đoán sai biệt giữa lúc mới vào và lúc ra viện là khá cao (từ 17,5% tăng lên 31,9% với **p = 0,008**). Qua khảo sát thực tế các hồ sơ cho thấy một số đặc điểm cần lưu ý sau: có khá nhiều trường hợp, chẩn đoán chỉ dựa đơn thuần vào lâm sàng và không thực hiện cận lâm sàng (bệnh lý dạ dày, hô hấp, tiết niệu....) mà dữ kiện lâm sàng thì không khai thác đầy đủ; mặt khác, sự thay đổi chẩn đoán trong quá trình điều trị của BN thì đôi khi lại rất thiếu căn cứ. Từ đó, chắc chắn sẽ là ảnh hưởng đến kết quả điều trị và thời gian nằm viện.

+ Kết quả điều trị: trong 7 tháng đầu năm 2007, tỷ lệ điều trị khỏi là 86,6% (5225/6032) tương đương so với năm 2006 (85%), tỷ lệ tử vong và nặng xin về cao hơn so với năm 2006 (**2,25% và 1,71%**, **p = 0,01**), thời gian điều trị trung bình là 8,63 ngày (52074/6032) dài hơn so với năm 2006 là 7,81 ngày (83315/10656); thời gian điều trị trung bình của nhóm BN tiền cứu (không có BN TNT bán trú) là 6,3 ngày (1027/163) và nhóm BN hồi cứu là 5,6 ngày (1351/241) bằng 9.

Thời gian điều trị trung bình có khuynh hướng tăng (từ hai nguồn số liệu độc lập), tỷ lệ tử vong và nặng xin về cũng tăng. Kết quả này có thể liên quan đến đặc điểm lâm sàng nặng chiếm tỷ lệ cao 32,5% (51/163) và số bệnh kết hợp cũng nhiều 48,5% (hai bệnh 30,7% và ba bệnh trở lên 18,8%). Tuy nhiên, từ kết quả trên chúng ta cũng cần xem xét đến khả năng chính sự quá tải có thể là nguyên nhân làm ảnh hưởng đến chất lượng điều trị và chất lượng điều trị giảm lại góp phần gây quá tải.

+ Có 12,3% (bảng 5) không phải bệnh của khoa nội: Trong đó có 2,4% trường hợp được chẩn đoán ngay từ đầu là bệnh lý tăng huyết áp, suy tim (không có bệnh kết hợp khác) nhưng vẫn chuyển vào khoa Nội, còn 7,4% trường hợp được khoa Nội chẩn đoán nhưng không hội chẩn để chuyển đi như viêm xoang, tiêu chảy nhiễm khuẩn, chảy máu mũi và 1,8% là bệnh của khoa Da liễu mà khoa Nội phải giải

quyết luận. Ngoài ra, còn 3,1% là các bệnh lý ung thư, khoa Nội không thể trị được nhưng cũng phải nhận. Trong thời gian tới, những BN ung thư có nên được chuyển đến chuyên khoa khác theo đúng bệnh trạng ban đầu?

+ Vấn đề tái khám: Có 24,5% (40/163) BN bị tái phát, lần 1 (12,8%); lần 2 (4,3%) và lần 3 (7,4%). Trong đó 32,5% (13/40) BN không được hướng dẫn tái khám đã nhập viện trở lại, chiếm tỷ lệ 7,9% (13/163) tổng số BN trong đợt khảo sát.

5.3. Bàn luận về giải pháp giảm tải:

Sự quá tải của khoa nội là do số lượng BN nhập vào ngày càng tăng (bảng 8); chất lượng lọc bệnh và chất lượng chẩn đoán chưa cao; sự quá tải còn do đặc điểm của bệnh tật: đa số là bệnh mạn tính với tỷ lệ tái nhập viện cao, tần suất bệnh nặng và bệnh kết hợp nhiều. Thêm vào đó là số lượng BN lọc thận đã tăng lên 78 BN: lọc thận định kỳ 3 lần/tuần/BN; 15 trường hợp quá tải phải lọc cấp cứu và 5 trường hợp đang chờ xếp lịch. Trong khi đó, thì số nhân sự lại thiếu so với chỉ tiêu GB được duyệt (7 nhân sự, trong số này có đến 5 bác sĩ đã chuyển đi nơi khác), đây thực sự cũng là một kiểu dạng quá tải.

- Qua kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ giảm tải đạt 12,3% nếu áp dụng chế độ hội chẩn hoặc hội ý để chuyển đi đúng chuyên khoa; tỷ lệ giảm tải tăng 23,3% nếu kết hợp với giải pháp chuyển về địa phương (tỉnh khác) sau khi bệnh tạm ổn (11%); đạt 38% nếu kết hợp giải pháp lọc bệnh tại khoa Nội để điều trị ban ngày (8%), áp dụng đối với các BN thuộc TP.Long Xuyên và cho ra viện những trường hợp không cần nằm viện (6,7%). Nếu sử dụng cả giải pháp quản lý tốt BN sau ra viện, tỷ lệ sẽ tăng lên là 45,9% (7,9% là tỷ lệ tái phát phải nhập viện lại do không quản lý điều trị sau ra viện). Như vậy, trong thực tế nếu tất cả các giải pháp về chuyên môn ở trên được thực hiện đồng bộ thì tỷ lệ giảm tải BN nội trú tại khoa Nội sẽ đạt đến 45,9%. Tuy nhiên, tùy theo tình hình thực tế về lưu lượng bệnh mà chúng ta sẽ ưu tiên chọn lựa giải pháp giảm tải nào cho phù hợp và dĩ nhiên, giảm tải phải trên cơ sở nâng cao chất lượng lọc bệnh, chất lượng chẩn đoán và điều trị chứ giảm tải không đồng nghĩa với việc ép BN ra viện sớm mà kết quả điều trị thì không đảm bảo. Nếu số lượng bệnh vào khoa nội quá đông mà chất lượng lọc bệnh của các khoa có liên quan vẫn đảm bảo ở mức như trên thì khoa Nội có thể xem xét đến **hình thức điều trị ban ngày** (sẽ có tờ trình và quy định riêng cho giải pháp này). Các kết quả có được từ đợt khảo sát thực tế cho thấy một dự báo về khả năng có thể áp dụng hình thức điều trị ban ngày nếu xét thấy cần thiết: 96,3% số BN có phương tiện đi lại riêng, 92,6% có phương tiện liên lạc (điện thoại), 40,5 % ở thành phố Long xuyên, 33,1% thích hình thức điều trị ban ngày.

- Kết quả của việc thử nghiệm **giải pháp tăng cường lọc bệnh ngay tại khoa Nội**:

Trong tháng 7/2007: Số BN vào khoa Nội bình quân/ngày là 31,6 BN cao hơn so với 6 tháng đầu năm 2007 (29,6BN/ngày) và nếu tính riêng trong 18 ngày đầu tháng thì số BN bình quân/ngày là rất cao (34BN) (bảng 7). **Giải pháp tăng cường lọc bệnh ngay tại khoa Nội** được triển khai thực hiện từ 19/7/2007 đến 25/7/2007 đã ghi nhận được các kết quả rất đáng ngạc nhiên như sau: Số BN cần thiết nằm điều trị nội trú chiếm tỷ lệ 88,3% cao hơn so với thời điểm trước can thiệp là 75,1% ; tỷ lệ BN không cần nằm viện và có thể điều trị ban ngày đã cải thiện có ý nghĩa 10,2% (từ 24,9% giảm còn 14,7% , $p=0,04$). Chất lượng lọc bệnh tốt đã giảm bình quân 4 BN mới/ ngày (chỉ còn 29,9 BN so với 34BN trong 18 ngày trước đó) và số BN nằm nội trú bình quân giảm được 31 BN / ngày, chỉ còn 161 BN / ngày (thấp nhất 142 BN, cao nhất 172 BN) so với 192BN/ngày trong 18 ngày trước đó (thấp nhất 164 BN, cao nhất 223 BN) với số ra viện bình quân/ngày tương đương với số BN mới vào (29,3BN và 29,3BN). Từ kết quả này cho thấy chất lượng lọc bệnh của khoa CC trong thời điểm can thiệp đã có cải thiện rõ so với trước đây ..

Tiếp tục duy trì các giải pháp, kết quả ghi nhận được trong 15 ngày đầu tháng 8 như sau: số BN mới là 439 (bình quân /ngày là 29), số xuất là 454 (bình quân/ ngày là 36), số nằm nội trú bình quân/ ngày là 159,6 (2394/15). Trong thời gian tới , khoa nội cần duy trì hình thức lọc bệnh này và khoa CC/khoa KB cần tiếp tục cải thiện chất lượng lọc bệnh thì chắc chắn sẽ có tác dụng giảm tải được cho khoa Nội.

* Kết luận

Qua kết quả khảo sát hồi cứu, tiền cứu và những thông tin về tình hình hoạt động chuyên môn của khoa Nội, chúng ta có thể đi đến các kết luận sau:

- Sự quá tải của khoa Nội là một tình trạng thực tế, kéo dài với số lượng BN mới và công suất giường bệnh luôn đạt trên 150% (so với chỉ tiêu và không bao hàm BN thận nhân tạo) từ đầu năm 2006 đến nay (tháng 7/2007). Mức độ quá tải cao đã dẫn đến những quá tải về nhân lực, phòng ốc và các phương tiện phục vụ khác,..Đơn vị đã và đang tiếp tục tìm các giải pháp bổ sung để đáp ứng với yêu cầu thực tiễn.

- Về nguyên nhân gây quá tải, cũng tương tự như hầu hết các bệnh viện trong cả nước hiện nay, đều xuất phát từ đời sống kinh tế phát triển, nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng cao (mục 5.1), số BN bảo hiểm

y tế điều trị nội trú ngày càng tăng (45,6%→47,9%). Trong khi đó, thì chất lượng điều trị của hệ thống y tế các tuyến chưa đồng bộ, phương tiện đi lại thì quá thuận lợi (96,3%) nên BN dễ dàng vượt tuyến với tỷ lệ cao (84,7%). Mặt khác, sự quá tải còn do những nguyên nhân liên quan đến công tác chuyên môn tại bệnh viện, chủ yếu từ **khâu tiếp nhận và phân loại bệnh** còn **thiếu chuẩn xác** (tỷ lệ từ 24,9% - 14,7%); sự **sai biệt về chẩn đoán** giữa lúc vào và lúc ra viện là khá cao ($\geq 30\%$) chắc chắn sẽ ảnh hưởng ít nhiều đến kết quả điều trị và thời gian nằm viện. Sự quá tải còn liên quan đến **đặc điểm bệnh tật nội khoa**: đa số là mạn tính với tần suất tái phát cao (24,5%), tỷ lệ bệnh nặng (32,5%) và bệnh kết hợp nhiều (48,5%); **chế độ hội chẩn** chưa được thực hiện đúng mực giữa một số khoa có liên quan đã góp phần đưa đến quá tải (12,3%), **chế độ quản lý BN sau ra viện** (đối với các bệnh mạn tính) chưa chặt chẽ làm tăng tỷ lệ tái nhập viện (7,9%),... Tùy nguyên nhân mà có từng giải pháp riêng, nếu sử dụng đồng thời các giải pháp tương hợp thì tỷ lệ giảm tải sẽ đạt đến 45,9% và chỉ với một **giải pháp tăng cường lọc bệnh thử nghiệm ngay tại khoa nội** thì chất lượng lọc bệnh tại khoa Cấp cứu đã được cải thiện rõ (10,2%) dẫn đến sự giảm hẳn số BN mới vào và lượng BN nằm nội trú bình quân/ngày đạt ở mức có thể chấp nhận được (161BN/ngày so với 192BN/ngày trước đó). Trong khi chờ đợi các giải pháp lớn khác được thực hiện (bổ sung nguồn nhân lực, tăng cường các dịch vụ tại khoa KB,...) thì giải pháp chuyên môn tại khoa nội (như tăng cường lọc bệnh, kết hợp với nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị và quản lý tốt BN sau ra viện,...) là mang tính khả thi, ổn định và xuyên suốt nhất. Tuy nhiên, giải pháp nào thì cũng cần phải có sự quyết tâm cao của toàn thể cán bộ khoa Nội cùng với sự hợp tác, hỗ trợ từ nhiều phía (các khoa, phòng, ban) trong suốt quá trình triển khai và thực hiện.

*** Kiến nghị:**

Một số giải pháp chuyên môn để giảm tải :

①. Các giải pháp trước mắt có thể thực hiện được ngay tại khoa Nội:

- Dẫn BN tái khám (tại địa phương, phòng khám chuyên khoa, phòng khám BHYT,...).
- Chuyển khoa đối với các BN không thuộc bệnh của chuyên khoa nội (những bệnh nhẹ có thể áp dụng chế độ hội ý thay cho hội chẩn).
- Cân đối lượng bệnh ra vào khoa mỗi ngày bằng việc nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị để rút ngắn thời gian nằm viện. Áp dụng chế độ cho ra viện ngày thứ 7 và chủ nhật đối với những BN nội trú đã ổn .
- Duy trì hình thức lọc bệnh hai vòng tại khoa Nội như đã thử nghiệm.
- Cần chủ động trao đổi, rút kinh nghiệm các trường chẩn đoán sai hoặc không cần nằm viện với các khoa có liên quan.
- Cần có kế hoạch nghiên cứu khoa học và chỉ đạo tuyến về các loại bệnh chiếm tỷ lệ cao như bệnh lý dạ dày, hô hấp, tai biến mạch máu não, suy thận mạn ,...
- Cần có giải pháp nâng cao chất lượng chẩn đoán bằng các hình thức như tăng cường bình bệnh án và có sơ tổng kết (tháng, quý, năm) về chất lượng chẩn đoán.

②. Các giải pháp có thể thực hiện được trong thời gian gần:

- Bệnh viện cần thành lập một tổ chuyên trách về vấn đề quá tải. Thành phần gồm: 1 Phó giám đốc, Trưởng hoặc Phó của các khoa: Khám bệnh, Cấp cứu, Hồi sức, Nội, Tim mạch lão học, phòng Tổ chức, phòng Điều dưỡng. Tổ này có chức năng hỗ trợ, điều phối số lượng BN hệ nội và tăng cường hiệp đồng chuyên môn giữa các khoa:

o Khoa KB: Thực hiện khám các BN của khoa nội sau ra viện, tổ chức khám dịch vụ, tổ chức hình thức điều trị trong ngày...

o Khoa CC: Cần tiếp tục duy trì chất lượng lọc bệnh, phấn đấu giảm tỷ lệ chẩn đoán không phù hợp dưới 36,8% (bảng 6) và tỷ lệ lọc bệnh thiếu chính xác dưới 14,7% khi đưa bệnh vào khoa nội. Tăng cường thực hiện các cận lâm sàng trước khi điều trị và tăng thời gian lưu BN tại khoa đối với một số chẩn đoán thường gặp như hạ calci, hạ đường huyết, ... hoặc các chẩn đoán không rõ ràng như rối loạn tuần hoàn não, cảm nhiễm,....

o Khoa hồi sức: Khoa Nội có thể thực hiện chế độ hội ý thay cho hội chẩn đối với khoa Hồi sức trong một số trường hợp đặc biệt (sẽ có quy định cụ thể) .

o Phòng Kế hoạch tổng hợp cần nghiên cứu đề xuất ý kiến đề tinh giảm các thủ tục cho khoa Nội như: áp dụng chế độ hội ý thay cho hội chẩn khi chuyển BN nhẹ từ khoa Nội đến khoa khác hoặc đối với các trường

hợp đã có chẩn đoán rõ ràng mà hai bên hội chẩn đều nắm vững về bệnh trạng hoặc có thể chuyển bệnh ung thư ở giai đoạn cuối về đúng chuyên khoa ban đầu ví dụ ung thư tử cung nên chuyển khoa Sản...

O Khoa Nội: chuẩn bị sẵn sàng cho giải pháp thành lập **đơn vị điều trị ban ngày** nếu số lượng bệnh mới vào khoa quá đông mà chất lượng lọc bệnh tại khoa CC và khoa KB đã tương đối đảm bảo.

③. Các giải pháp cần được xem xét hoặc phải có thời gian chuẩn bị :

- Về nhân sự: Phòng Tổ chức Cán bộ cần tìm nguồn nhân sự để bổ sung hoặc chi viện tạm thời số bác sĩ thiếu cho khoa và nghiên cứu đề xuất chế độ bồi dưỡng cho phù hợp với tình hình thiếu nhân sự. Nếu vấn đề thiếu BS của khoa Nội vẫn chưa thể khắc phục được trong thời gian tới, có thể áp dụng chế độ trực chung BS của khoa Nội và khoa Hồi sức để tiết kiệm được một lượng bác sĩ như các bệnh viện tỉnh khác đã thực hiện. Cần nghiên cứu bổ sung chế độ chính sách

- Về cơ sở vật chất: Xây dựng sớm bệnh viện Đa khoa mới, các bệnh viện chuyên khoa; xem xét nhu cầu tăng thêm số máy lọc thận.

- Về chuyên môn: Khi điều kiện cho phép nên thành lập một số chuyên khoa từ khoa Nội tổng hợp như: nội thần kinh, nội tiêu hóa, thận, nội tiết, để tăng cường chất lượng điều trị chuyên sâu.

Tài liệu tham khảo

Nguồn số liệu từ phòng Kế hoạch Tổng hợp, khoa Nội, khoa Khám bệnh - BVĐKTT An Giang.