TỪ TUÂN THỦ ĐẾN CHỦ ĐỘNG CẢI TIẾN: PHÁT HUY VAI TRÒ ĐIỀU DƯỠNG TRONG KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN TẠI KHOA LÂM SÀNG

Hà Thị Kim Phượng[1]

[1] *Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích có chọn lọc kết quả đánh giá thực trạng kiểm soát nhiễm khuẩn (KSNK) toàn quốc năm 2024 liên quan đến khoa lâm sàng; làm rõ khoảng cách giữa thiết lập hệ thống, triển khai biện pháp phòng ngừa và giám sát; đề xuất trách nhiệm và hoạt động cải tiến cụ thể của khoa lâm sàng và điều dưỡng.

Phương pháp: Tổng quan tường thuật kết hợp phân tích chính sách và phân tích thứ cấp các chỉ số tổng hợp từ báo cáo chính thức năm 2024; đối chiếu hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới, Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa dịch bệnh Hoa Kỳ và nghiên cứu triển khai.

Kết quả: Trong 1.259 cơ sở tham gia đánh giá, 99,4% đã có khoa/bộ phận KSNK nhưng chỉ 24,3% đạt đầy đủ tiêu chí vệ sinh tay; tỷ lệ đạt đầy đủ tiêu chí phòng ngừa nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan ống thông là 12,6% (106/842), nhiễm khuẩn huyết liên quan đường truyền tĩnh mạch trung tâm là 15,0% (50/333); 36,4% cơ sở triển khai giám sát tiến cứu ít nhất một loại nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp. Các chỉ số có mẫu số và cấu trúc khác nhau, không phản ánh tỷ lệ tuân thủ của từng điều dưỡng hoặc tỷ lệ nhiễm khuẩn ở người bệnh. Đối chiếu bằng chứng cho thấy cần tổ chức tại khoa chu trình xác định nguy cơ, phân công, bảo đảm điều kiện, giám sát, phản hồi, can thiệp và đánh giá lại.

Kết luận: Phát huy vai trò điều dưỡng không phải chuyển trách nhiệm KSNK cho điều dưỡng, mà là thiết lập cơ chế để các yêu cầu phòng ngừa được chuyển thành thực hành an toàn, phát hiện nguy cơ và cải tiến liên tục trong từng lần chăm sóc.

Từ khóa: *điều dưỡng; kiểm soát nhiễm khuẩn; khoa lâm sàng; giám sát; phản hồi; cải tiến chất lượng*

Tác giả chịu trách nhiệm
Hà Thị Kim Phượng
Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế
Email: phuongkcb2@gmail.com

Ngày nhận bài: 26/08/2026
Ngày phản biện: 26/09/2026
Ngày đồng ý đăng: 16/10/2026

DOI: 10.52322/jocmbmh.155.0201

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kiểm soát nhiễm khuẩn (KSNK) không phải là một hoạt động tách rời công tác khám bệnh, chữa bệnh mà là điều kiện để mọi can thiệp chăm sóc được thực hiện an toàn. Nguy cơ lây truyền và nhiễm khuẩn liên quan chăm sóc y tế xuất hiện tại các thời điểm tiếp xúc người bệnh, tiêm truyền, chăm sóc đường truyền và ống thông, thay băng, thực hiện thủ thuật, xử lý dụng cụ và bàn giao chăm sóc. Vì vậy, hiệu quả của chương trình KSNK cần được nhận diện không chỉ ở sự hiện diện của tổ chức, văn bản hay kế hoạch, mà ở chất lượng thực hành lặp lại hằng ngày tại khoa lâm sàng [1–3].

Điều dưỡng hiện diện liên tục tại điểm chăm sóc, thực hiện và theo dõi nhiều thao tác có nguy cơ nhiễm khuẩn. Tuy nhiên, điều dưỡng không thể tự bảo đảm an toàn nếu thiếu quy trình khả thi, năng lực phù hợp, nguồn lực, sự phối hợp của bác sĩ và các đơn vị, cùng cơ chế giám sát–phản hồi. Vấn đề cốt lõi vì thế là chuyển từ cách tiếp cận "yêu cầu nhân viên tuân thủ" sang quản trị toàn bộ điều kiện để tuân thủ được thực hiện, kiểm chứng và cải tiến; không đồng nhất chủ động với tự mở rộng phạm vi hành nghề [1,4–7].

Báo cáo đánh giá thực trạng KSNK năm 2024 cung cấp bằng chứng cấp cơ sở về khoảng cách giữa thiết lập hệ thống và đáp ứng đầy đủ những nhóm tiêu chí liên quan trực tiếp đến thực hành tại khoa. Bài viết lựa chọn một số chỉ số có ý nghĩa nhất để: (1) xác định vấn đề quản trị cần ưu tiên; (2) phân định trách nhiệm của lãnh đạo khoa, điều dưỡng trưởng, điều dưỡng lâm sàng và mạng lưới KSNK; (3) đề xuất chu trình cải tiến có chỉ số, phản hồi và đánh giá lại, phù hợp pháp luật Việt Nam và khuyến nghị quốc tế [2,8,9].

2. PHƯƠNG PHÁP TỔNG QUAN VÀ PHÂN TÍCH

Bài viết là tổng quan tường thuật kết hợp phân tích văn bản chính sách và phân tích thứ cấp một số kết quả tổng hợp trong Báo cáo đánh giá thực trạng triển khai công tác KSNK tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có giường bệnh nội trú năm 2024 tại Việt Nam, do Cục Quản lý Khám, chữa bệnh thực hiện. Trong 1.718 cơ sở thuộc đối tượng đánh giá, 1.259 cơ sở được đưa vào phân tích (73,3%). Phần nội dung tại khoa lâm sàng được thu thập tại các khoa đại diện và quy gộp lên kết quả cấp cơ sở theo nguyên tắc của bộ công cụ; đây không phải điều tra quan sát độc lập trên từng điều dưỡng hoặc từng khoa [8].

Tiêu chí lựa chọn số liệu gồm: trực tiếp hỗ trợ luận điểm từ tổ chức đến thực hành và giám sát; có số đếm và mẫu số xác định trong báo cáo; có khả năng liên hệ với các hành động quản trị tại khoa. Năm chỉ số được giữ lại: sự hiện diện khoa/bộ phận KSNK; đáp ứng đầy đủ nhóm tiêu chí vệ sinh tay; đáp ứng đầy đủ nhóm tiêu chí phòng ngừa nhiễm khuẩn liên quan ống thông tiểu và đường truyền tĩnh mạch trung tâm; triển khai giám sát tiến cứu nhiễm khuẩn bệnh viện. Không phân tích theo tuyến, không tính tỷ lệ gộp từ các nhóm có mẫu số khác nhau và không suy luận nguyên nhân–kết quả từ so sánh mô tả.

Việc diễn giải đối chiếu Luật Khám bệnh, chữa bệnh, Nghị định số 96/2023/NĐ-CP, Thông tư số 16/2018/TT-BYT, Thông tư số 31/2021/TT-BYT, các quy định liên quan phạm vi hành nghề điều dưỡng và Kế hoạch hành động quốc gia về KSNK giai đoạn 2025–2030 [1,4–7,10,11]. Bằng chứng quốc tế được lựa chọn có chủ đích theo các chủ đề thành phần cốt lõi KSNK, giám sát–phản hồi, phòng ngừa nhiễm khuẩn liên quan thiết bị và vai trò điều dưỡng đầu mối [2,3,9,12–14].

3. TỪ SỐ LIỆU NĂM 2024 ĐẾN KHOẢNG TRỐNG THỰC HÀNH TẠI KHOA LÂM SÀNG

Bảng 1 trình bày có chọn lọc các chỉ báo liên quan trực tiếp đến luận điểm. Cần phân biệt rõ: sự hiện diện khoa/bộ phận KSNK và độ bao phủ giám sát là chỉ báo ở cấp cơ sở; tỷ lệ đạt đầy đủ các nhóm thực hành phản ánh việc cơ sở đáp ứng toàn bộ tiêu chí của nhóm được đánh giá tại khoa lâm sàng, không phải tỷ lệ cơ hội thực hành đúng, tỷ lệ điều dưỡng tuân thủ hay tần suất nhiễm khuẩn ở người bệnh [8].

Bảng 1. Chỉ số chọn lọc từ Báo cáo thực trạng KSNK năm 2024 và vấn đề quản trị đặt ra

Chỉ số và cấp đo lường	Kết quả	Hàm ý đối với khoa lâm sàng
Có khoa/bộ phận KSNK (cấp cơ sở)	1.252/1.259 (99,4%)	Có cấu trúc tổ chức không đồng nghĩa tất cả quy trình được chuyển hóa thành thực hành tại khoa.
Đạt đầy đủ tiêu chí vệ sinh tay (nhóm nội dung tại khoa, quy gộp cấp cơ sở)	306/1.259 (24,3%)	Cần kiểm tra đồng thời điều kiện phương tiện, đào tạo, thực hành, giám sát và phản hồi.
Đạt đầy đủ tiêu chí phòng ngừa nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan ống thông	106/842 (12,6%)	Ưu tiên kiểm soát chỉ định duy trì, thao tác và chăm sóc hệ thống dẫn lưu, phát hiện bất thường.
Đạt đầy đủ tiêu chí phòng ngừa nhiễm khuẩn huyết liên quan đường truyền tĩnh mạch trung tâm	50/333 (15,0%)	Cần gói chăm sóc, phân công theo dõi ngày thiết bị, kiểm tra thao tác và phản hồi sai lệch.
Giám sát tiến cứu ít nhất một loại nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp (cấp cơ sở)	458/1.259 (36,4%)	Cần bảo đảm cơ chế giám sát, chất lượng dữ liệu và sử dụng kết quả để phòng ngừa.

Nguồn: Báo cáo chính thức năm 2024 [8], phần kết quả nổi bật, Bảng 3.1.4 và Bảng 3.2.1.1b. Mẫu số 842 và 333 là số cơ sở được đánh giá ở các nội dung kỹ thuật tương ứng, không phải tổng số người bệnh mang thiết bị; "đạt đầy đủ" là cơ sở đáp ứng toàn bộ tiêu chí của nhóm được đánh giá tại khoa lâm sàng (kết quả các khoa đại diện quy gộp lên cấp cơ sở theo nguyên tắc của bộ công cụ), không đồng nghĩa tỷ lệ tuân thủ thực hành.

3.1. Khoảng cách giữa thiết lập tổ chức và vận hành thực tế

Tỷ lệ 99,4% cơ sở có khoa/bộ phận KSNK thể hiện nền tảng tổ chức rộng khắp. Trái lại, chỉ 24,3% cơ sở đạt đầy đủ tiêu chí của nhóm vệ sinh tay, vốn bao gồm nhiều yêu cầu về tổ chức, điều kiện, đào tạo, giám sát và phản hồi [8]. Hai tỷ lệ đo các cấu phần khác nhau, không được trừ trực tiếp để lượng hóa "khoảng cách hiệu quả". Giá trị khoa học của sự đối chiếu nằm ở việc xác lập câu hỏi: khi đã có đầu mối chuyên môn, ai chịu trách nhiệm biến hướng dẫn thành công việc thường quy trong từng ca trực; dữ liệu được phản hồi cho ai, và ai xử lý khi điều kiện chăm sóc không bảo đảm?

3.2. Khoảng trống trong phòng ngừa nhiễm khuẩn liên quan thiết bị xâm nhập

Tỷ lệ đáp ứng trọn bộ tiêu chí phòng ngừa nhiễm khuẩn liên quan ống thông tiểu (12,6%) và đường truyền tĩnh mạch trung tâm (15,0%) thấp hơn nhiều so với mức hiện diện của tổ chức KSNK [8]. Những con số này không chứng minh

nguy cơ nhiễm khuẩn cao ở từng khoa, nhưng chỉ ra nhu cầu ưu tiên chất lượng quy trình chăm sóc thiết bị. Đây là quá trình liên tục, cần bác sĩ đánh giá chỉ định và duy trì thiết bị theo thẩm quyền; điều dưỡng thực hiện kỹ thuật và chăm sóc phù hợp phạm vi; điều dưỡng trưởng bảo đảm nhân lực, điều kiện và kiểm tra; khoa/bộ phận KSNK hỗ trợ chuẩn hóa, giám sát và phản hồi. Phân công không rõ ở một mắt xích có thể làm mất tính liên tục của biện pháp phòng ngừa.

3.3. Giám sát phải dẫn tới phản hồi và hành động tại khoa

Chỉ 36,4% cơ sở triển khai giám sát tiến cứu ít nhất một loại nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp [8]. Đây là chỉ báo về việc có triển khai giám sát, không khẳng định các cơ sở còn lại hoàn toàn không kiểm tra thực hành, cũng không thể dùng làm thước đo tuân thủ của điều dưỡng. Giám sát có giá trị khi định nghĩa ca bệnh và mẫu số thống nhất, dữ liệu được phân tích đúng, chuyển thành phản hồi kịp thời cho đơn vị liên quan và dẫn đến hành động phòng ngừa, đo lường kết quả sau can thiệp [2,9].

4. KHOA LÂM SÀNG PHẢI LÀM GÌ ĐỂ CHUYỂN CHỦ TRƯƠNG THÀNH KẾT QUẢ?

Thông tư số 16/2018/TT-BYT quy định hệ thống KSNK gồm Hội đồng KSNK, khoa/bộ phận KSNK và mạng lưới KSNK; khoa lâm sàng không phải một cấu phần tổ chức độc lập của hệ thống này [1]. Tuy nhiên, khoa lâm sàng là nơi thực hiện phần lớn biện pháp liên quan trực tiếp đến người bệnh. Trong khuôn khổ trách nhiệm quản lý và quy chế bệnh viện, cần cụ thể hóa vai trò vận hành của khoa chứ không chuyển toàn bộ trách nhiệm sang bộ phận chuyên trách KSNK.

Trưởng khoa lâm sàng cần tổ chức năm công việc gắn với đầu ra cụ thể. Thứ nhất, rà soát người bệnh, loại thủ thuật, dữ liệu giám sát và sai lệch thực hành để chọn nguy cơ ưu tiên, không phân tán nguồn lực cho mọi chỉ số như nhau. Thứ hai, chuyển kế hoạch KSNK của bệnh viện thành mục tiêu, chỉ số và hoạt động của khoa, có thời hạn, người phụ trách và điều kiện thực hiện. Thứ ba, quy định rõ các điểm giao trách nhiệm giữa bác sĩ, điều dưỡng trưởng, điều dưỡng trực tiếp chăm sóc và mạng lưới KSNK. Thứ tư, xem xét số liệu thực hành và cảnh báo định kỳ, quyết định biện pháp khắc phục thuộc thẩm quyền hoặc báo cáo cấp có thẩm quyền. Thứ năm, yêu cầu đánh giá lại bằng cùng phương pháp, ghi nhận kết quả và điều chỉnh nếu chưa đạt. Đây là mô hình khuyến nghị tổ chức thực thi, không phải một danh mục nghĩa vụ pháp lý mới được suy ra nguyên văn từ Thông tư [1,5,11].

Chẳng hạn, với khoa có người bệnh đặt ống thông tiểu, kế hoạch khoa phải xác định ai rà soát sự cần thiết duy trì thiết bị theo thẩm quyền, ai chăm sóc và theo dõi hệ thống dẫn lưu, ai tổng hợp các sai lệch và ai quyết định khắc phục. Lịch giao ban chuyên môn hoặc họp chất lượng cần đưa vấn đề KSNK ưu tiên vào phần xem xét thường kỳ; mỗi kiến nghị phải có người thực hiện, thời hạn và kết quả kiểm chứng. Trưởng khoa biến kế hoạch thành hành động khi dữ liệu thực hành được sử dụng để thay đổi quy trình chăm sóc, không chỉ để báo cáo.

5. VAI TRÒ CỤ THỂ CỦA ĐIỀU DƯỠNG: TỪ THỰC HIỆN ĐÚNG ĐẾN CHỦ ĐỘNG CẢI TIẾN

5.1. Điều dưỡng lâm sàng: tích hợp KSNK trong từng lần chăm sóc

Điều dưỡng không thực hiện một "quy trình KSNK" tách rời quá trình chăm sóc. Trước can thiệp, cần nhận định nguy cơ, đối chiếu chỉ định, chuẩn bị phương tiện và bảo đảm điều kiện vệ sinh tay, phòng ngừa chuẩn, vô khuẩn. Trong can thiệp, thực hiện đúng thao tác chuyên môn, biện pháp phòng ngừa theo đường lây truyền khi áp dụng, tiêm an toàn, sử dụng và xử lý vật

sắc nhọn theo quy định. Sau can thiệp, theo dõi diễn biến người bệnh, vị trí đặt thiết bị, tình trạng băng che hoặc hệ thống dẫn lưu, ghi chép ngày thiết bị, bàn giao, hướng dẫn người bệnh/người chăm sóc và báo cáo dấu hiệu bất thường [1,3,5].

Điểm chuyển từ "tuân thủ" sang "chủ động" nằm ở việc điều dưỡng không dừng ở hoàn tất thao tác. Khi phát hiện thiếu phương tiện vệ sinh tay, băng che không bảo đảm, sai lệch chăm sóc, thiết bị lưu kéo dài hoặc nghi ngờ nhiễm khuẩn, điều dưỡng phải ghi nhận, thông tin kịp thời theo quy trình, đề xuất hoặc phối hợp giải pháp, đồng thời tiếp nhận phản hồi và tham gia đánh giá lại. Điều dưỡng không tự xác định ca nhiễm khuẩn bệnh viện thay người có trách nhiệm, không tự điều chỉnh chỉ định của bác sĩ và không thực hiện kỹ thuật ngoài phạm vi hành nghề [5–7,9].

5.2. Điều dưỡng trưởng khoa: tổ chức điều kiện để thực hành đúng

Điều dưỡng trưởng là người kết nối mục tiêu của khoa với hoạt động cụ thể trong từng ca trực. Theo chức trách quản lý hoạt động điều dưỡng, các ưu tiên gồm: chuẩn hóa bảng kiểm và nội dung bàn giao chăm sóc có tích hợp KSNK; bố trí người thực hiện theo năng lực và khối lượng công việc; hướng dẫn thực hành tại chỗ theo sai lệch được phát hiện; kiểm tra khả năng tiếp cận vật tư, phương tiện tại điểm chăm sóc; phối hợp quan sát tuân thủ; sử dụng số liệu để phản hồi, phân tích nguyên nhân và khắc phục trong phạm vi quản lý [5].

Không nên đánh giá kết quả quản lý chỉ qua số lượt đào tạo hay số biên bản kiểm tra. Đầu ra cần kiểm chứng là mức thực hiện của chỉ số ưu tiên sau can thiệp, việc giải quyết tồn tại được ghi nhận và sự duy trì thực hành ở các ca trực. Chẳng hạn, nếu không bảo đảm dung dịch sát khuẩn tại điểm chăm sóc, điều dưỡng trưởng cần đề xuất và phối hợp khắc phục điều kiện trước khi chỉ tăng tần suất nhắc nhở cá nhân. "Muốn điều dưỡng làm tốt" đòi hỏi vừa có trách nhiệm cá nhân, vừa có hệ thống hỗ trợ thực hành an toàn.

5.3. Thành viên mạng lưới KSNK: kết nối chuẩn chuyên môn với dữ liệu tại khoa

Mạng lưới KSNK tại khoa thực hiện nhiệm vụ theo quyết định thành lập, phân công và hướng dẫn chuyên môn [1]. Thành viên mạng lưới giúp phổ biến chuẩn và công cụ thống nhất, phát hiện khó khăn, hỗ trợ thu thập dữ liệu hoặc giám sát theo phân công, phản hồi nguy cơ cho lãnh đạo khoa, theo dõi tiến độ khắc phục và chuyển kết quả trở lại khoa/bộ phận KSNK. Đây là cơ chế kết nối hai chiều, không thay thế trách nhiệm quản lý của trưởng khoa hoặc chức năng chuyên trách của khoa/bộ phận KSNK. Phân vai và kết quả cần kiểm chứng của từng chủ thể được tổng hợp tại Bảng 2.

Bảng 2. Phân vai và kết quả cần kiểm chứng trong chu trình cải tiến KSNK tại khoa lâm sàng

Chủ thể	Hành động trọng tâm	Minh chứng/đầu ra
Trưởng khoa lâm sàng	Chọn nguy cơ, lập kế hoạch, phân công, xem dữ liệu, quyết định xử lý và đánh giá lại.	Kế hoạch khoa; chỉ số; quyết định khắc phục; kết quả trước–sau.
Điều dưỡng trưởng khoa	Tổ chức chăm sóc, nhân lực, đào tạo tại chỗ, điều kiện vật tư, kiểm tra và phản hồi.	Bảng kiểm ca trực; hồ sơ khắc phục; kết quả giám sát và đo lại.

Chủ thể	Hành động trọng tâm	Minh chứng/đầu ra
Điều dưỡng lâm sàng	Thực hành an toàn; nhận diện và ghi nhận nguy cơ; báo cáo, bàn giao, tham gia cải tiến.	Hồ sơ chăm sóc; báo cáo nguy cơ; bằng chứng thực hành theo giám sát.
Thành viên mạng lưới KSNK	Hỗ trợ hướng dẫn, thu thập dữ liệu, phản hồi hai chiều, theo dõi khắc phục theo phân công.	Bản tổng hợp vấn đề và tiến độ xử lý.
Khoa/bộ phận KSNK	Đầu mối chuyên môn: chuẩn hóa tiêu chí, tổ chức/hỗ trợ giám sát, phân tích, cảnh báo và tư vấn.	Định nghĩa chỉ số; báo cáo giám sát; phản hồi và khuyến nghị.
Ban Giám đốc, Phòng Điều dưỡng và đơn vị phối hợp	Bảo đảm nguồn lực, quản lý chất lượng chăm sóc, phối hợp vi sinh, dược, công nghệ và hậu cần.	Điều kiện thực hành; chỉ số chất lượng; hành động liên khoa.

6. TỪ GIÁM SÁT ĐẾN CẢI TIẾN: CÁCH TRIỂN KHAI VÀ ĐO LƯỜNG

Khuyến nghị của Tổ chức Y tế Thế giới nhấn mạnh các thành phần cốt lõi gồm tổ chức chương trình KSNK, hướng dẫn, đào tạo, giám sát nhiễm khuẩn, chiến lược cải tiến đa phương thức, theo dõi–đánh giá và phản hồi, cùng bảo đảm nhân lực và điều kiện cơ sở vật chất [2]. Từ đó, khoa có thể vận dụng chu trình sáu bước: nhận diện nguy cơ; lựa chọn chỉ số và đo ban đầu; phản hồi–phân tích nguyên nhân; phân công và triển khai giải pháp; đo lại bằng định nghĩa và phương pháp tương đồng; chuẩn hóa hoặc điều chỉnh. Chu trình này cần gắn với cơ chế quyết định của lãnh đạo khoa và hỗ trợ chuyên môn của khoa/bộ phận KSNK, tránh biến giám sát thành hoạt động thu thập dữ liệu một chiều [2,3,9].

Đối với vệ sinh tay, chỉ số cải tiến có thể là số cơ hội vệ sinh tay được thực hiện đúng chia cho tổng số cơ hội quan sát, sử dụng định nghĩa và phương pháp quan sát thống nhất. Chỉ số này hoàn toàn khác tỷ lệ 24,3% cơ sở đáp ứng đầy đủ nhóm tiêu chí vệ sinh tay trong Báo cáo 2024. Khi phát hiện mức tuân thủ thấp, cần xem xét cùng lúc phương tiện tại điểm chăm sóc, khối lượng công việc, bố trí quy trình, kiến thức và phản hồi; sau biện pháp sửa đổi, đo lại cùng chỉ số trên cơ sở cách lấy mẫu có thể so sánh [2,3,8].

Đối với ống thông tiểu và đường truyền tĩnh mạch trung tâm, khoa có thể ưu tiên tỷ lệ lần chăm sóc đạt trọn các thành phần bảng kiểm, tỷ lệ người bệnh có ghi nhận đánh giá sự cần thiết duy trì thiết bị hằng ngày, hoặc tỷ lệ hồ sơ ghi nhận đầy đủ ngày thiết bị. Chỉ khi có hệ thống giám sát với định nghĩa ca, tử số, mẫu số và quy trình xác minh thích hợp mới theo dõi mật độ nhiễm khuẩn trên 1.000 ngày thiết bị; không suy ra tỷ lệ nhiễm khuẩn từ tỷ lệ đạt nhóm tiêu chí [9]. Bằng chứng triển khai đa thành phần tại các khoa hồi sức trong nghiên cứu của Pronovost và cộng sự ghi nhận trung vị nhiễm khuẩn huyết liên quan catheter giảm từ 2,7 xuống 0/1.000 ngày catheter sau ba tháng; đó là hiệu quả của chương trình can thiệp tại bối cảnh nghiên cứu, không phải ước tính hiệu quả kỳ vọng ở mọi khoa tại Việt Nam [13].

7. THẢO LUẬN VÀ HÀM Ý CHÍNH SÁCH

7.1. Từ tổ chức sẵn có sang năng lực quản trị nguy cơ tại điểm chăm sóc

Giá trị của số liệu năm 2024 nằm ở khả năng phát hiện những tầng vận hành không tương đồng: nhiều cơ sở có bộ phận KSNK nhưng mức đáp ứng đầy đủ các nhóm tiêu chí tại khoa còn

hạn chế, trong khi bao phủ giám sát tiến cứu chưa rộng. Không thể từ các tỷ lệ này kết luận nguyên nhân là năng lực điều dưỡng, thiếu trách nhiệm của khoa hay hiệu lực kém của một văn bản. Ngược lại, cách tiếp cận khoa học là xem đây như tín hiệu cần phân tích chuỗi: quy định và hướng dẫn → điều kiện, năng lực → thực hành → giám sát–phản hồi → hành động cải tiến → kết quả được đánh giá lại. Mỗi mắt xích cần có chủ thể chịu trách nhiệm và bằng chứng đo lường tương ứng [2,8].

Điều dưỡng ở vị trí đặc biệt do có mặt liên tục tại điểm chăm sóc, nhưng hành vi cá nhân chỉ là một phần của hệ thống. Tổng quan về điều dưỡng đầu mối KSNK cho thấy vai trò kết nối tại đơn vị có tiềm năng thúc đẩy hướng dẫn, giám sát và phản hồi, song kết quả phụ thuộc mô hình triển khai, sự hỗ trợ của lãnh đạo và cách đánh giá [14]. Bởi vậy, phát huy điều dưỡng cần được đặt trong trách nhiệm của trưởng khoa, điều dưỡng trưởng và hệ thống KSNK chứ không chỉ tăng yêu cầu "tuân thủ tốt hơn".

7.2. Hàm ý đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và quản lý điều dưỡng

Bệnh viện cần quy định rõ cơ chế vận hành KSNK ở khoa lâm sàng thông qua kế hoạch, quy chế phối hợp, chuẩn năng lực, chỉ số và lịch phản hồi; cấp đủ nhân lực, vật tư và hạ tầng. Phòng Điều dưỡng cần phối hợp khoa/bộ phận KSNK tích hợp các điểm kiểm soát nguy cơ vào quy trình chăm sóc, đánh giá năng lực và quản lý chất lượng, không thay thế chức năng giám sát chuyên môn KSNK. Đồng thời, trưởng khoa phải sử dụng thông tin của bác sĩ, điều dưỡng, vi sinh, dược và các bộ phận hỗ trợ để xử lý vấn đề xuyên suốt quá trình chăm sóc [1,5,11].

Về chuyển đổi số, ưu tiên tái sử dụng dữ liệu hồ sơ bệnh án, ngày đặt thiết bị, xét nghiệm vi sinh và ghi chép chăm sóc, giảm nhập liệu trùng lặp; hình thành bảng theo dõi nguy cơ, cảnh báo sai lệch và tình trạng thực hiện biện pháp khắc phục. Công nghệ hỗ trợ phát hiện vấn đề và phản hồi sớm nhưng không thay thế đánh giá, phân loại ca nhiễm khuẩn và quyết định chuyên môn của nhân viên có thẩm quyền. Hội nhập quốc tế ở đây là áp dụng các nguyên tắc quản trị bằng dữ liệu và cải tiến đa phương thức phù hợp hệ thống pháp luật, nguồn lực và thực tiễn Việt Nam [2,3,9,12].

7.3. Giới hạn và yêu cầu nghiên cứu tiếp theo

Đây là tổng quan tường thuật và phân tích thứ cấp các kết quả mô tả, phần lớn từ tự đánh giá tại cơ sở. Báo cáo 2024 sử dụng quy tắc quy gộp kết quả từ các khoa được đánh giá; chỉ số "đạt đầy đủ" là điều kiện đồng thời của nhiều tiêu chí, không tương đương tỷ lệ tuân thủ từng cơ hội hay tỷ lệ nhiễm khuẩn. Mẫu số các nội dung liên quan thiết bị khác nhau theo điều kiện áp dụng và dữ liệu hiện có không đủ để đo quan hệ nhân quả, tách đóng góp của điều dưỡng hay kết luận toàn bộ khoa lâm sàng trong cả nước có cùng mức thực hành. Nghiên cứu tiếp theo nên sử dụng thiết kế triển khai tại khoa với định nghĩa chỉ số chuẩn, dữ liệu nền, theo dõi trước–sau có kiểm soát sai lệch và đánh giá cả tính duy trì kết quả [8,9].

8. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

8.1. Kết luận

Số liệu chọn lọc của Báo cáo KSNK năm 2024 cho thấy thiết lập hệ thống là điều kiện cần, chưa đủ chứng minh các biện pháp phòng ngừa được triển khai đầy đủ tại khoa lâm sàng. Muốn chuyển từ tuân thủ sang chủ động cải tiến, khoa phải biến mục tiêu của bệnh viện thành kế hoạch có trách nhiệm, chỉ số, phản hồi và đánh giá lại; điều dưỡng trưởng tổ chức điều kiện, năng lực và chất lượng chăm sóc; điều

dưỡng lâm sàng thực hiện an toàn, phát hiện và báo cáo nguy cơ, tham gia khắc phục trong từng lần chăm sóc. Khoa/bộ phận KSNK giữ vai trò đầu mối chuyên môn và hỗ trợ liên khoa. Giá trị của giám sát chỉ được hiện thực hóa khi dữ liệu dẫn tới hành động và kết quả được đo lại.

8.2. Khuyến nghị

Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: giao rõ trách nhiệm vận hành KSNK tại khoa theo nguy cơ, gắn kế hoạch với chỉ số ưu tiên, nguồn lực, lịch phản hồi và thẩm quyền khắc phục; giám sát không chỉ sự có mặt của quy trình mà cả điều kiện và chất lượng triển khai. Đối với trưởng khoa và điều dưỡng trưởng: tổ chức phân công, kiểm tra việc duy trì các biện pháp phòng ngừa và xem xét kết quả định kỳ; mỗi tồn tại phải có giải pháp, người chịu trách nhiệm, thời hạn và phép đo lại. Đối với điều dưỡng lâm sàng: tích hợp KSNK vào nhận định, thực hiện, theo dõi và bàn giao; chủ động ghi nhận, báo cáo sai lệch và tham gia cải tiến đúng phạm vi. Đối với quản lý và đào tạo: chuẩn hóa năng lực thực hành, phương pháp giám sát–phản hồi và thúc đẩy hệ thống dữ liệu phục vụ cải tiến tại điểm chăm sóc [1,2,5,9,11].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Thông tư số 16/2018/TT-BYT ngày 20/7/2018 quy định về kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
2. World Health Organization. Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level. WHO; 2016.
3. Centers for Disease Control and Prevention. CDC's Core Infection Prevention and Control Practices for Safe Healthcare Delivery in All Settings. Updated April 12, 2024. Accessed October 16, 2026. https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/core-practices/index.html
4. Quốc hội. Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15 ngày 09/01/2023.
5. Bộ Y tế. Thông tư số 31/2021/TT-BYT ngày 28/12/2021 quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện.
6. Bộ Y tế. Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31/12/2023 quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh.
7. Bộ Y tế. Thông tư số 25/2026/TT-BYT ngày 30/6/2026 sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 01/2013/TT-BYT hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng xét nghiệm tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, Thông tư số 32/2023/TT-BYT quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh, Thông tư số 23/2024/TT-BYT ban hành Danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh và Thông tư số 42/2025/TT-BYT quy định về tiêu chuẩn sức khỏe của người điều khiển phương tiện giao thông đường sắt.
8. Cục Quản lý Khám, chữa bệnh. Báo cáo đánh giá thực trạng triển khai công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có giường bệnh nội trú năm 2024 tại Việt Nam. Bộ Y tế; 2024.
9. World Health Organization. Surveillance of Health Care-Associated Infections at National and Facility Levels: Practical Handbook. WHO; 2024.
10. Chính phủ. Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30/12/2023 quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh.
11. Bộ Y tế. Quyết định số 38/QĐ-BYT ngày 03/01/2025 phê duyệt Kế hoạch hành

động quốc gia về kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh giai đoạn 2025–2030.

12. World Health Organization. Global Report on Infection Prevention and Control 2024. WHO; 2024.
13. Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. N Engl J Med. 2006;355(26):2725-2732. doi:10.1056/NEJMoa061115
14. Dekker M, Jongerden IP, van Mansfeld R, et al. Infection control link nurses in acute care hospitals: a scoping review. Antimicrob Resist Infect Control. 2019;8:20. doi:10.1186/s13756-019-0476-8

ABSTRACT

FROM COMPLIANCE TO PROACTIVE IMPROVEMENT: STRENGTHENING NURSING CONTRIBUTIONS TO INFECTION PREVENTION AND CONTROL IN CLINICAL DEPARTMENTS

Objective: To interpret selected indicators from Viet Nam's official 2024 infection prevention and control (IPC) assessment that are relevant to clinical departments, to clarify gaps between system establishment, implementation of preventive measures and surveillance, and to propose actionable responsibilities for ward leaders and nurses.

Methods: Narrative review, policy analysis and secondary interpretation of nationally aggregated findings, informed by World Health Organization and US Centers for Disease Control and Prevention guidance and implementation research.

Results: Among 1,259 participating facilities, 99.4% had an IPC department or unit, whereas only 24.3% met all hand-hygiene assessment criteria. Full attainment of prevention criteria was 12.6% (106/842) for catheter-associated urinary tract infection and 15.0% (50/333) for central-line-associated bloodstream infection; 36.4% of facilities conducted prospective surveillance of at least one common healthcare-associated infection. These facility-level indicators have distinct denominators and must not be interpreted as individual nursing compliance or patient infection rates. The findings support ward-level risk prioritization, clear accountability, resources, monitoring, feedback, corrective action and remeasurement.

Conclusion: Nursing contributions to IPC can be strengthened when clinical departments translate standards into safe care and use reliable feedback for continuous improvement, without shifting institutional IPC accountability to nurses.

Keywords: *nursing; infection prevention and control; clinical department; surveillance; feedback; quality improvement*