

KHẢO SÁT HOẠT ĐỘNG CẤP CỨU TẠI CÁC TỈNH MIỀN TRUNG - TÂY NGUYÊN TRƯỚC VÀ SAU BAN HÀNH QUY CHẾ CẤP CỨU, HỒI SỨC TÍCH CỰC VÀ CHỐNG ĐỘC

Lương Ngọc Khuê¹, Trần Thị Đoàn Trang² và CS

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Để tìm hiểu những thay đổi của các đơn vị cấp cứu các tỉnh miền Trung - Tây Nguyên về tổ chức, quản lý, nhân lực, và đào tạo của đơn vị sau khi Bộ Y tế ban hành quy chế Cấp cứu, hồi sức tích cực và chống độc 21 tháng 1 năm 2008. Chúng tôi gửi các Bảng câu hỏi cho 17 bác sĩ trưởng các đơn vị cấp cứu / 15 tỉnh miền Trung - Tây Nguyên.

Kết quả: Về mặt tổ chức thêm 5/17 tỉnh thành lập khoa Cấp cứu (tổng cộng 8/17 khoa), 7 đơn vị tăng số giường cấp cứu, 3/17 đơn vị tăng số bệnh nhân trung bình trong ngày, về quản lý: số đơn vị được quản lý bằng tin học và nối mạng Internet tăng, về nhân lực và đào tạo nhân lực cấp cứu có tăng nhưng chưa đáp ứng được nhu cầu. Số tỉnh có tổ chức cấp cứu 115 tăng (6 lên 8), hiện tại còn 6/17 tỉnh chưa tổ chức 115. Có 3 tỉnh phối hợp 115 với cấp cứu ngoại viện. Hiện tại có 16/17 đơn vị nêu khó khăn về nhân lực (số lượng, chất lượng và bố trí nhân lực).

Sau khi ban hành quy chế, tỷ lệ số BS và ĐD được đào tạo về cấp cứu tăng ở một số đơn vị, các đơn vị có tăng cường tổ chức tự đào tạo và đào tạo cho tuyến trước về cấp cứu nhưng chưa có hệ thống, chưa có giáo trình chuẩn. Số bệnh nhân do 115 đưa đến cấp cứu chiếm tỷ lệ < 10%, trên địa bàn 1 tỉnh có nhiều đơn vị nhận bệnh cấp cứu.

ABSTRACT

SURVEY ON EMERGENCY ACTIVITIES IN THE CENTRAL AND HIGHLANDS REGION BEFORE AND AFTER THE PROMULGATION OF EMERGENCY, INTENSIVE CARE AND ANTITOXIN REGULATION

Luong Ngoc Khue¹, Tran Thi Doan Trang² et al

Introduction: In order to explore the activities changes of Central and Highlands region provincial hospitals of Vietnam, focussing on unit organization, management, human resources and training after the promulgation of Emergency, Intensive care and antitoxin regulation by the Ministry of Health January 21, 2008, we send the questionnaires to the Emergency unit leaders in 17 provincial hospitals.

1. Cục QLKCB, Bộ Y tế
2. BVTW Huế

Result: Organization: 5/17 hospitals established Emergency department adjusted (total 8/17 E. department), 7 E. units increased number of E. beds, mean of patient number/day increased in 3 E. units. **Management:** the number of units managed by computers and Internet access increased, human resources and training of Emergency personnel increased but can not meet the increasing demand. The number of provincial organizing 115 emergency units increased, while 6/17 provinces don't haven't 115 organizations now. 3/17 provincinces coordinated 115 units with pre-hospital services of hospital, 16/17 units have difficulties in human resources (number quantity, quality and staffing) now. After issuing regulation, the percentage of doctors and nurses trained in Emergency increased in some units, some units enhanced self-organizing E.training and training for forefront-hospitals but no system, no standard curriculum. The percentage of patients transferred by 115 units is <10%, each province has many Emergency receiving units.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cấp cứu đa khoa bao gồm cấp cứu trước bệnh viện và tại bệnh viện là một chuyên ngành liên quan mật thiết sức khỏe, tính mạng, tài sản của con người và xã hội, trong đó yếu tố thời gian can thiệp chiếm vị trí rất quan trọng. Đây là một chuyên ngành còn non trẻ, chỉ mới bắt đầu khoảng 50 năm gần đây và còn phát triển mạnh mẽ do yêu cầu ngày càng tăng từ quá trình đô thị hóa, du lịch, khủng bố, thiên tai, dịch bệnh,...

Tại Việt Nam, cấp cứu đa khoa chỉ mới bắt đầu phát triển và còn gặp nhiều khó khăn. Về đào tạo, tại các trường đại học, cao đẳng, trung cấp y trong cả nước vẫn chưa có bộ môn cấp cứu để đào tạo cho cả bác sĩ lẫn điều dưỡng, nhiều trường vẫn chưa có bộ môn Hồi sức cấp cứu.

Về mặt Quy chế: năm 1995 Thủ tướng Chính phủ ra chỉ thị về việc khám chữa bệnh ngay cho người bị bệnh cấp cứu và yêu cầu Bộ Y tế lập kế hoạch hoàn thiện công tác cấp cứu phù hợp với tình hình phát triển xã hội, củng cố và tổ chức tốt hơn nữa hệ thống cấp cứu trên khắp cả nước, năm 1999 Bộ Y tế đã được Chính phủ thông qua chương trình nâng cấp mạng lưới cấp cứu trong toàn quốc từ năm 2000 đến năm 2005. Từ đó đến nay, chính phủ cũng như ngành y tế đã vận dụng các nguồn lực và tranh thủ các dự án nhằm đẩy mạnh công tác cấp cứu trước và tại bệnh viện. Trong bối cảnh đó, quy chế

mới về Cấp cứu, hồi sức tích cực và chống độc được ban hành ngày 21/01/ 2008 của Bộ Y tế Việt Nam, áp dụng đối với các đơn vị vận chuyển cấp cứu 115 và các cơ sở khám chữa bệnh nhà nước cũng như tư nhân, trong đó có những quy định mới về nhiều mặt, tạo điều kiện cho các đơn vị cấp cứu cải tiến hoạt động của mình.

Mục tiêu của đề tài:

1. Khảo sát hoạt động của các đơn vị cấp cứu tại các bệnh viện tuyến tỉnh, tuyến trung ương khu vực miền Trung, Tây Nguyên trước và sau khi ban hành quy chế Cấp cứu, hồi sức tích cực và chống độc.

2. Thu thập những phản hồi, góp ý từ các đơn vị Cấp cứu trên về tác động thực tế của Quy chế Cấp cứu, Hồi sức tích cực và chống độc của Bộ Y tế lên hoạt động cấp cứu miền Trung - Tây Nguyên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các đơn vị Cấp cứu tại các BV Trung ương và tỉnh của 15 tỉnh miền Trung - Tây Nguyên, gồm có 17 bệnh viện: từ Hà Tĩnh đến Khánh Hòa và 5 tỉnh Tây Nguyên, riêng Đà Nẵng và Quảng Nam mỗi tỉnh có 2 BV.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Bảng câu hỏi được gửi đến các BS Trưởng đơn

Bệnh viện Trung ương Huế

vị Cấp cứu của 17 bệnh viện qua đường bưu điện, Email, kết hợp phòng vấn trực tiếp những vấn đề liên quan. Sau khi trả lời, số liệu được gửi về để xử lý và phân tích.

Các biến số khảo sát trước và sau ban hành Quy chế (QC - 21.1.2008) gồm có:

1. Hạng bệnh viện; Số giường hiện tại của bệnh viện.
2. Loại hình tổ chức của đơn vị cấp cứu: Phòng cấp cứu; Khoa cấp cứu...
3. Số giường bệnh của đơn vị có; Tổ chức phòng mổ tại đơn vị.
4. Những đơn vị cấp cứu khác có trên địa bàn địa phương.
5. Số lượng nhân viên công tác tại đơn vị: Bác sĩ; Điều dưỡng; Kỹ thuật viên; Hộ lý.
6. Chế độ làm việc: Hành chính-trực; ca kíp.
7. Chế độ phụ cấp được hưởng.
8. Có quản lý bằng hệ thống tin học; Nối mạng Internet.
9. Địa phương có tổ chức đơn vị Vận chuyển cấp cứu 115.
10. Có tổ chức đơn vị cấp cứu ngoại viện.
11. Lượng BN trung bình/ngày, các tỷ lệ bệnh nội khoa, ngoại, nhi, sản; Tỷ lệ BN do y tế tuyến trước

chuyển, 115 chuyển, tự đến hoặc người nhà đưa đến.

12. Tỷ lệ cán bộ được đào tạo lý thuyết hoặc thực hành về cấp cứu; Cơ quan đào tạo.

13. Đơn vị có tự tổ chức học lý thuyết hoặc thực hành về cấp cứu; Chu kỳ tổ chức.

14. Đơn vị có tổ chức dạy cho tuyến trước về cấp cứu; Chu kỳ tổ chức.

15. Khó khăn và thuận lợi: Tổ chức quản lý; Trang thiết bị; Nhân lực; Khác.

16. Đánh giá sự thay đổi sau khi quy chế được ban hành và góp ý cho quy chế.

Căn cứ theo nhận định của các bác sĩ trưởng đơn vị cấp cứu (cc), chúng tôi phân làm 2 nhóm bệnh viện:

Nhóm 1: gồm các bệnh viện có thay đổi sau ban hành quy chế.

Nhóm 2: gồm các bệnh viện không hoặc ít thay đổi sau ban hành quy chế.

Bảng câu hỏi xin tham khảo tác giả hoặc website: kvb.vn.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Có 17 Bảng câu hỏi được gửi đi và trả lời đủ, tỷ lệ trả lời 100%.

Chỉ tiêu nghiên cứu: Tổ chức, quản lý, nhân lực và đào tạo,...

3.1. Tổ chức và quản lý

Bảng 3.1. Hạng và số giường theo chỉ tiêu của các bệnh viện

	HT	QB	QT	H	ĐNdk	ĐNc	QNT	QNTw
Hạng	1	2	2	ĐB	1	1	2	2
Số giường	500	550	500	1600	1200	600	600	300

	QNg	BĐ	PY	KH	KT	GL	ĐL	ĐN	LĐ
Hạng	2	1	2	1	2	2	2	2	2
Số giường	600	1000	500	1000	450	700	700	300	500

Nhận xét:

- 1/17 bệnh viện (bv) hạng đặc biệt, 5/17 bv hạng 1, 11/17 bv hạng 2
- Số giường bệnh theo chỉ tiêu hiện tại: từ 300 (ĐN) đến 1600 (H).

Bảng 3.2. Tổ chức và quản lý của nhóm 1

Nhóm 1 BỆNH VIỆN	Mô hình tổ chức		Số giường CC		Tin học Ql/ym	
	T	S	T	S	T	S
HT	P	K	2	17	- /-	+ /+
QB	P	K	10	10	- /-	+ / +
H	P	K	20	20	+ /+	+ / +
ĐNc	K	K	10	10	+ /+	+ / +
QNTw	C	K	C	12	C/C	+ / +
KT	P	P	6	10	- /-	+ / -
ĐL	P	K	7	11	- /-	+ /+
ĐN	P	P	6	12	- /-	- /+

Chú thích: P: phòng cấp cứu; K: khoa cấp cứu; +: có; -: không; T: trước; S: sau; KH: Kết hợp; C: chưa thành lập, Q lý/ym: quản lý bằng tin học/nối mạng internet.

Bảng 3.3. Tổ chức và quản lý của nhóm 2

BỆNH VIỆN	Mô hình tổ chức		Số giường CC		Tin học Ql/ym	
	T	S	T	S	T	S
QT	P	P	7	10	- /-	+ /+
ĐNdk	P	P	20	20	- /+	- /+
KH	K	K	20	0	+ /+	+ /+
QNT	K	K	12	12	+ /-	+ /-
QNg	P	P	6	10	- /-	- /-
BĐ	P	P	10	10	+ /+	+ /+
PY	P	P	6	13	- /-	- /-
GL	P	P	10	10	- /-	+ /+
LĐ	P	P	15	15	- /-	- /-
Tổng	13P 3K	9P 8K			5+/5+	12+/11+

Trước ban hành Quy chế

+ Có 1 bệnh viện chưa thành lập, 13/16 bv là Phòng cấp cứu thuộc khoa Khám bệnh; 3/16 khoa Cấp cứu.

+ Số giường tại cấp cứu từ 2 (HT) đến 20 (H, ĐNdk, KH)

Sau ban hành Quy chế

+ Có 9/17 bv là Phòng cấp cứu thuộc khoa Khám bệnh; 8/17 Khoa cấp cứu.

+ Số giường từ 10 đến 20 giường.

Như vậy nhìn chung đã có sự chuyển biến về tổ chức và quy mô số giường cấp cứu.

Bệnh viện Trung ương Huế

Quy chế quy định bệnh viện loại I, II và đặc biệt phải thành lập khoa Cấp cứu, khoa Hồi sức tích cực, khoa Chống độc nhưng theo kết quả khảo sát 3 năm sau khi ban hành chỉ có 8/17 khoa được thành lập, còn lại vẫn là phòng CC. Loại hình phòng cấp cứu đã tồn tại từ rất lâu theo quy chế cũ, trong một thời gian dài các Phòng cấp cứu chỉ đóng vai trò phân loại bệnh và trạm trung chuyển bệnh vì cơ sở khiêm tốn, thiếu phương tiện và nhân lực cả về lượng và chất, chức năng cấp cứu ban đầu chủ yếu do khoa Hồi sức đảm nhiệm nên gây ra chậm trễ, mất thời gian vàng cứu sống BN, đồng thời gây quá tải, xáo trộn tại các khoa Hồi sức tích cực (ICU).

Thành lập khoa Cấp cứu: có 2 quan điểm

- Thành lập khoa Cấp cứu tạo điều kiện để các đơn vị chủ động tích cực hoàn thiện tổ chức, thực hiện tốt chức năng cấp cứu ban đầu và các chức năng khác.

- Đơn vị cấp cứu đòi hỏi đủ biên chế để đảm bảo ca kíp 24/24 giờ, có những lúc cao điểm lễ, tết và tai nạn cấp cứu hàng loạt đòi hỏi tăng công suất đột biến, trong tình hình thiếu nhân lực hiện tại thì mô hình phòng Cấp cứu trong khoa Khám bệnh có thể tận dụng được nhân lực của khoa Khám bệnh. Với quy mô bệnh viện tỉnh, mô hình này nếu tổ chức tốt thì vẫn đảm bảo được chức năng cấp cứu ban đầu cũng như các chức năng nhiệm vụ khác. Như vậy mô hình liên khoa liên kết khoa Khám bệnh - Cấp cứu có thể thích hợp trong giai đoạn đầu thiếu nhân lực?

Tin học quản lý: Trong yêu cầu chung của Quy chế, ngoài những yêu cầu cơ bản như hệ thống phục vụ cho công tác cấp cứu người bệnh, còn có yêu cầu về hệ thống tin học quản lý. Kết quả của Bảng 3.2 và 3.3 cho thấy trước QC có 5 đơn vị được quản lý bằng tin học và 5 đơn vị có nối mạng Internet. Sau QC có 12 đơn vị được quản lý bằng tin học và 11 đơn vị có nối mạng Internet, như vậy đã có bước tiến rõ rệt về quản lý.

Việc quản lý bằng tin học và nối mạng internet sẽ giúp các đơn vị có điều kiện tiết kiệm thời gian, lưu trữ số liệu và cập nhật thông tin, kiến thức mới.

Tổ chức phòng mổ: cho đến nay đa số các đơn vị không bố trí phòng mổ tại cấp cứu kể cả trước và sau khi ban hành quy chế (trừ BVTW Huế) mặc dù tạo điều kiện tiết kiệm thời gian, tiết kiệm thời gian vàng để cứu sống BN hoặc một phần thân thể của BN.

Bố trí phòng mổ cấp cứu ngay tại khoa cấp cứu (tuỳ theo điều kiện cụ thể từng bệnh viện). Như vậy trong giai đoạn đầu chưa triển khai, quy chế và giám sát thực hiện quy chế trong nội bộ các bệnh viện ràng buộc về vấn đề phối hợp giải quyết giữa các đơn vị liên quan, hội chẩn, chuyển mổ là thực sự cần thiết.

Số giường: theo Quy chế khoa Cấp cứu của bệnh viện đa khoa hạng II có ít nhất 10 giường cấp cứu. Khoa cấp cứu của bệnh viện đa khoa hạng I, hạng đặc biệt có ít nhất 20 giường cấp cứu và một số giường cáng có bánh xe.

3.2. Vận chuyển cấp cứu 115 và cấp cứu ngoại viện

Bảng 3.4. Bệnh viện nhóm 1

BỆNH VIỆN	Vận chuyển 115		CC Ngoại viện	
	T	S	T	S
HT	-	-	-	+
QB	-	-(taxi)	+	+
H	+	+	+	+
ĐNc	+	+	+	+
QNTw	C	+	C	+
KT	-	-	+	+
ĐL	-	-	-	-
ĐN	-	-	+	+

Bảng 3.5. Bệnh viện nhóm 2

BỆNH VIỆN	Vận chuyển 115		CC Ngoại viện	
	T	S	T	S
QT	-	+	+	+
ĐNdk	+	+	-	-
KH	KH	KH	KH	KH
QNT	+	+	+	+

QNg	KH	KH	KH	KH
BD	+	+	+	+
PY	-	-	+	+
GL	KH	KH	KH	KH
LD	+	+	+	+
TỔNG	6+ 3KH	8+ 3KH	10+ 3KH	12+ 3KH

Chú thích: -: chưa tổ chức, +: đã tổ chức, KH: kết hợp

Vận chuyển cấp cứu 115

Quy chế: “Tại tuyến tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương thành lập Trung tâm cấp cứu ngoài bệnh viện, là đơn vị sự nghiệp có thu trực thuộc Sở y tế. Đối với các địa phương chưa có điều kiện thành lập trung tâm Cấp cứu 115, trước mắt thành lập tổ cấp cứu 115 thuộc bệnh viện đa khoa tỉnh. Về phía khoa Cấp cứu phải phối hợp chặt chẽ với trung tâm Cấp cứu 115 thực hiện cấp cứu và vận chuyển cấp cứu ngoài bệnh viện khi có yêu cầu”.

Theo bảng 3.4 và 3.5 đến nay có 6 tỉnh chưa có Đơn vị vận chuyển cấp cứu 115, có nơi do công ty xe Taxi (QB) đảm trách.

Đáng chú ý trong tình hình thiếu nhân lực có 3 đơn vị đã có sự vận dụng phối hợp hai nhiệm vụ cấp cứu ngoại viện và vận chuyển cấp cứu 115 để phần nào đáp ứng nhu cầu là Khánh Hòa, Gia Lai và Quảng Ngãi, ở đó phòng hoặc khoa cấp cứu kiêm nhiệm vụ vận chuyển cấp cứu 115, làm luôn chức năng cấp cứu ngoại viện. Nhân viên trực tại khoa kiêm luôn chức năng vận chuyển 115 khi người dân có nhu cầu gọi số 115, cuộc gọi sẽ đến khoa hoặc phòng cấp cứu và ở đó sẽ cử nhân viên đi đón bệnh. Như vậy sẽ tiết kiệm được thời gian, nhân lực và đáp ứng được một phần của nhu cầu, nhưng mô hình này chỉ đáp ứng được khi nhu cầu vận chuyển còn giới hạn, để đáp ứng được nhu cầu thực sự cần có 2 đơn vị chuyên nghiệp có cơ chế liên lạc phối hợp chặt chẽ với nhau.

Cấp cứu ngoại viện

Trước ban hành quy chế có 10/16 đơn vị cấp cứu có tổ chức Cấp cứu ngoại viện, 3 đơn vị tổ chức kết hợp với 115, sau quy chế có 12 đơn vị có tổ chức Cấp cứu ngoại viện và 3 kết hợp với

115. Cấp cứu ngoại viện thường gồm có 1-2 xe cấp cứu trên xe có bác sĩ, điều dưỡng và một số phương tiện cấp cứu ban đầu như máy hút, oxy, ambu và mask, ống nội khí quản, rất ít đơn vị có máy thở xách tay, shock điện tự động. Các tổ cấp cứu ngoại viện này chỉ đi làm nhiệm vụ khi có sự điều động của BGĐ bệnh viện, chứ không thể là đơn vị thường trực, cơ động vì họ không nhận trực tiếp yêu cầu từ cuộc gọi 115.

Tỷ lệ BN được đưa đến cấp cứu

Theo Bảng trả lời: các Bác sĩ trưởng các đơn vị cấp cứu ước tính hiện nay:

- Tỷ lệ BN đến cấp cứu do y tế tuyến trước chuyển chiếm 10-15%,

- Tỷ lệ BN tự đến (hoặc do người nhà đưa đến) chiếm 70-80%

- Tỷ lệ do 115 đưa đến chiếm thấp hơn 10%,

Như vậy nhu cầu vận chuyển cấp cứu còn là một mảng trống rất lớn trên địa bàn miền Trung-Tây Nguyên.

Các đơn vị cấp cứu khác trên địa bàn

Ngoài đơn vị cấp cứu tuyến tỉnh và trung ương đang trả lời, trên địa bàn của tỉnh, các Bs cho biết còn có nhiều đơn vị cấp cứu khác của các trung tâm y tế huyện, thành phố, bệnh viện tư nhân, và trạm xá hay bệnh viện quân đội. Kết quả này cho thấy mạng lưới tổ chức y tế có khắp nơi, do nhiều cơ quan chủ quản, tầm vóc và trình độ chuyên môn cũng khác nhau, như vậy việc thiết lập bản một đồ y tế, trung tâm thu nhận tin và một quy chế phối hợp phân tuyến, phân nhiệm vụ rõ ràng sẽ tận dụng được nguồn lực, giúp cho công tác cấp cứu ban đầu và vận chuyển đến các đơn vị cấp cứu được kịp thời hơn, đồng thời tránh quá tải cho các bệnh viện lớn.

3.3. Nhân lực và đào tạo

3.3.1. Nhân lực và số BN trung bình

Bảng 3.6. Bệnh viện nhóm 1

BỆNH VIỆN	Số BN tb/ng		Tổng nhân lực	
	T	S	T	S
HT	40	40	4	31
QB*	40	55	25	25
H	100	100	37	47

Bệnh viện Trung ương Huế

ĐNC	50	50	22	22
QNTw	C	45	C	22
KT*	25	50	18	23
ĐL*	120	120	31	54
ĐN	20	45	20	28

Bảng 3.7. Bệnh viện nhóm 2

BỆNH VIỆN	Số BN tb/ng		Nhân lực	
	T	S	T	S
QT	50	50	17	23
ĐNdk	200	220	62	62
KH	200	200	39	39
QNT	80	80	25	25
QNg	125	125	41	43
BD*	80	120	42	39
PY	110	110	21	20
GL	70	70	34	36
LĐ	80	80	29	29

Chú thích: tb/ng: trung bình trong 1 ngày

*: Sau qui chế, một số bệnh viện có số bệnh nhân trung bình tăng. Số nhân lực thường tăng theo số bệnh nhân trung bình chứ không tăng theo số giường, nhất là trong thực tế tại CC bệnh nhân được cấp cứu trên xe, hoặc giường có cang bánh xe.

So sánh trước và sau khi ban hành quy chế, có 9 đơn vị tăng nhân lực (Hà Tĩnh, Huế, Quảng Nam tw, Kontum, Đắk Lắk, Quảng Trị, Quảng Ngãi, Gia Lai).

3.3.3. Đào tạo

Bảng 3.8. Đào tạo cấp cứu bệnh viện nhóm 1

BỆNH VIỆN	Bác Sĩ				ĐD, KTV, Y Sĩ				Hộ Lý	
	Trước QC		Sau QC		Trước QC		Sau QC		T	S
	SL	%ĐT	SL	%ĐT	SL	%ĐT	SL	%ĐT		
HT	1	0%	5	70%	2	0%	21	70%	1	5
QB	4	100%	5	100%	15	100%	15	100%	2	2
H	9	60%	11	80%	20	70%	27	100%	8	9
ĐNc	8	80%	8	80%	13	60%	13	70%	1	1
QNTw	C	C	7	70%	C	C	14	0%	C	1

Đặc biệt có 2 đơn vị mặc dù số giường tăng (Bảng 3.3 và 3.4), số BN trung bình/ngày tăng (Bảng 3.7 và 3.8) nhưng nhân lực lại giảm là BD và PY.

Có 16/17 ý kiến của BS nêu là thiếu nhân lực và chưa được đào tạo bài bản. Thiếu nhân lực nhất là bác sĩ là tình trạng chung của hầu hết các bệnh viện địa phương do Bác sĩ bị thu hút về các thành phố lớn như Tp Hồ Chí Minh, Hà Nội..., cũng như vào khu vực Bệnh viện tư mật khác vì thiếu nhân lực nên phải giới hạn cho đi học, do đó càng làm gia tăng tình trạng bỏ việc.

3.3.2. Bố trí nhân lực

Thông tư số 08/2007 quy định số nhân viên y tế/số giường bệnh: 1,4 - 1,8

Quy định Hồi sức tích cực: 1 điều dưỡng/1,5 giường bệnh, ngoài ra Quyết định số 07 UD/LĐTL quy định của Ủy ban kế hoạch Nhà nước 1976-1980, quy định biên chế 1 BS ở phòng cấp cứu trung tâm cho 300 giường bệnh toàn bệnh viện.

Việc bố trí nhân lực tùy theo sự quan tâm của Ban Giám đốc, phòng Tổ chức, tình hình nhân lực chung và nhu cầu cấp thiết của từng đơn vị cấp cứu. Có bệnh viện Giám đốc kiêm trưởng khoa Cấp cứu nên sự quan tâm rất sâu sát, có đơn vị xem cấp cứu là nơi đào tạo nhân lực Bs mới ra trường làm việc một thời gian rồi chuyển đi nơi khác tạo ra tâm lý không ổn định, gây khó khăn trong việc triển khai các quy trình chuyên môn. Như vậy cần có quy định riêng cụ thể đặc thù cho cấp cứu về nhân lực và bố trí nhân lực.

KT	4	0%	4	50%	12	0%	17	0%	2	
ĐL	7	80%	12	80%	20	50%	37	50%	4	5
ĐN	4	0%	4	50%	14	0%	21	10%	2	3

Bảng 3.9. Đào tạo Cấp cứu bệnh viện nhóm 2

BỆNH VIỆN	BÁC SĨ				ĐD, KTV, Y Sĩ				Hộ Lý	
	Trước QC		Sau QC		Trước QC		Sau QC		T	S
	SL	%ĐT	SL	%ĐT	SL	%ĐT	SL	%ĐT		
QT	3	0%	4	50%	12	0%	18	30%	2	1
ĐNdk	17	80%	17	80%	34	20%	34	20%	11	11
KH	9	100%	9	100%	24	100%	24	100%	6	6
QNT	7	50%	7	50%	15	20%	15	50%	3	3
QNg	12	50%	6	50%	28	0%	34	0%	1	3
BĐ	8	20%	7	60%	28	30%	27	90%	6	5
PY	6	50%	5	50%	12	2%	12	2%	3	3
GL	9	50%	11	50%	21	0%	21	0%	4	4
LĐ	6	100%	6	100%	20	100%	20	100%	3	3

Chú thích: % ĐT: phần trăm được đào tạo về cấp cứu.

Theo kết quả của Bảng 3.8 và 3.9: sau khi ban hành quy chế, tỷ lệ bác sĩ và điều dưỡng có được đào tạo về lý thuyết hoặc thực hành cấp cứu tăng lên ở một số đơn vị nhưng không đồng đều giữa các đơn vị.

Theo các BS, nơi đào tạo BS và điều dưỡng

chủ yếu tại các bệnh viện lớn như Chợ Rẫy, Bạch Mai, Trung ương Huế..., dưới dạng bổ túc ngắn hạn theo chương trình của một số dự án, ngoài ra một số BS được đào tạo về Hồi sức cấp cứu (HSCC) tại Pháp theo chương trình FFI. Nói chung việc đào tạo chưa có chương trình, giáo trình thống nhất trong bối cảnh các trường Đại học và trung cấp Y chưa có Bộ môn cấp cứu.

Bảng 3.10. Tự đào tạo và đào tạo cho tuyến trước tại BV nhóm 1

BỆNH VIỆN	TỰ ĐÀO TẠO		ĐÀO TẠO TUYẾN TRƯỚC	
	T	S	T	S
HT	-	+ (1w- 1 tháng)	-	+ (> 6 tháng)
QB	-	+ (1-3 tháng)	+ (1-3 tháng)	+ (1-3 tháng)
H	+ (1w- 1 tháng)	+ (1w- 1 tháng)	-	+ (> 6 tháng)
ĐNc	+ (1w- 1 tháng)	+ (1w- 1 tháng)	+(> 6 tháng)	+ (3-6 tháng)
QNTw	-	+ (1-3 tháng)	-	+ (> 6 tháng)
KT	+ (> 6 tháng)	+ (> 6 tháng)	-	-
ĐL	+ (> 6 tháng)	+ (> 6 tháng)	+ (> 6 tháng)	+ (> 6 tháng)
ĐN	+ (1-3 tháng)	+ (1-3 tháng)		

Bảng 3.11. Tự đào tạo và đào tạo cho tuyến trước tại BV nhóm 2

BỆNH VIỆN	TỰ ĐÀO TẠO		ĐÀO TẠO TUYẾN TRƯỚC	
	T	S	T	S
QT	+	+	+	+
	(> 6 tháng)	(> 6 tháng)	(> 6 tháng)	(> 6 tháng)
ĐNđk	-	+	-	+
		(1w- 1 tháng)		(1w- 1 tháng)
ĐNc	+	+	+(> 6 tháng)	+
	(1w- 1 tháng)	(1w- 1 tháng)		(3-6 tháng)
QNt	+	+	-	-
	(3-6 tháng)	(3-6 tháng)		
QNg	-	-	-	-
BD	-	+	-	-
		(1w- 1 tháng)		
PY	-	-	-	-
GL	-	-	-	-
LD	+	+	+	+
	(1w- 1 tháng)	(1w- 1 tháng)	(3-6 tháng)	(> 6 tháng)

Chú thích: - : không tổ chức; +: có tổ chức;
(1w- 1 tháng): 1 tuần đến 1 tháng học 1 lần

Số bệnh viện có tổ chức tự đào tạo cho nhân viên về cấp cứu trước QC: 9/16.

Sau QC: 14/17.

Tổ chức đào tạo cho tuyến trước; trước QC: 6/16, sau QC: 10/17.

Về đào tạo Quy chế quy định: “Nhân lực đội ngũ cán bộ bác sĩ, điều dưỡng, hộ lý được đào tạo về nghiệp vụ chuyên môn cấp cứu; cán bộ làm công tác cấp cứu phải thường xuyên được đào tạo bổ sung và cập nhật kiến thức. Khoa cấp cứu có nhiệm vụ đào tạo và tham gia đào tạo cán bộ; chỉ đạo tuyến về lĩnh vực cấp cứu cho tuyến dưới. Khoa cấp cứu của bệnh viện đa khoa hạng I, hạng đặc biệt có nhiệm vụ phối hợp với các cơ sở đào tạo tổ chức đào tạo đội ngũ bác sĩ, điều dưỡng”.

Theo các BS việc tổ chức tự học để bổ sung kiến thức mới tự phát theo nhu cầu, nhưng trở ngại lớn nhất là đến nay là vẫn chưa có giáo trình hay phác đồ điều trị chung trong toàn quốc.

3.4. Chế độ làm việc và phụ cấp

Cấp cứu là một chuyên ngành mà yếu tố thời gian can thiệp cũng như nhu cầu luôn có mặt sẵn

sàng 24 giờ trong ngày và 365 ngày trong năm là quan trọng, điều này cũng được thể hiện rõ trong quy chế quy định “cấp cứu làm việc liên tục 24/24 giờ, cụ thể tổ chức làm việc theo ca đối với bệnh viện hạng đặc biệt, hạng I, II; thường trực theo quy định đối với bệnh viện hạng III, IV và chưa xếp hạng”.

Theo kết quả trả lời có 3 bệnh viện vẫn làm việc theo chế độ trực vì thiếu nhân lực, còn lại đều làm theo ca kíp theo quy định.

Chế độ trực cấp cứu: Không thể đáp ứng được nhu cầu chuyên môn và sức khỏe của nhân viên trực. Cũng vì lý do thiếu nhân lực nhiều đơn vị không thể triển khai thành lập khoa cấp cứu.

Mặc dù công tác cấp cứu là một lao động có cường độ cao, căng thẳng, trong môi trường dễ phơi nhiễm bệnh như HIV, viêm gan, cúm các loại, nhưng vẫn có 2 đơn vị nhân viên cấp cứu toàn bộ chưa được hưởng chế độ phụ cấp 35% (PY, ĐN).

3.5. Ý kiến đóng góp của các đơn vị

- 16/17 đơn vị nêu ý kiến thiếu nhân lực và nhân lực chưa được đào tạo bài bản.

- 3/17 ý kiến môi trường làm việc không

an toàn, dễ phối nhiệm nhưng phụ cấp chưa thoả đáng.

- 1/17 ý kiến cho rằng xác định ngành cấp cứu chưa rõ ràng, công việc chồng chéo gây khó khăn cho công tác.

- 3/17 ý kiến: hệ thống cấp cứu trước bệnh viện chưa hoàn thiện gây khó khăn cho cấp cứu tại bệnh viện.

1/17 ý kiến: thiết kế của cơ sở chưa phù hợp cho công tác cấp cứu.

2/17 ý kiến mong được quan tâm hơn của Ban Giám đốc bệnh viện.

IV. KẾT LUẬN

Ba năm sau khi ban hành quy chế, một số đơn vị cấp cứu tại bệnh viện về mặt tổ chức thành lập thêm khoa Cấp cứu, một số đơn vị tăng số giường cấp cứu.

Số tỉnh có tổ chức cấp cứu 115 tăng nhưng vẫn có 6 tỉnh chưa có. Có 3 tỉnh phối hợp 115 và cấp cứu ngoại viện, số bệnh nhân do 115 đưa đến cấp cứu thấp, chiếm tỷ lệ < 10%. Trên địa bàn tỉnh có nhiều đơn vị có nhận bệnh cấp cứu.

Tỷ lệ quản lý tin học và nổi mạng tăng.

Nhân lực và đào tạo có tăng nhưng chưa đáp ứng được nhu cầu, trong đó 16/17 bệnh viện có khó khăn về nhân lực (số lượng, chất lượng và bố trí nhân lực). Sau khi ban hành quy chế, tỷ lệ số BS và ĐD được đào tạo về cấp cứu tăng ở một số đơn vị. Sau quy chế, các đơn vị đã có tăng cường tổ chức tự đào tạo và đào tạo cho tuyến trước về cấp cứu do nhu cầu nhưng chưa có hệ thống, chưa có giáo trình chuẩn.

Đề nghị

- Sớm có quy định biên chế đặc thù cho cấp cứu, đặc biệt chú ý biên chế theo số bệnh nhân thực tế.

- Quy định tuyển chọn nhân viên cấp cứu có trình độ, kinh nghiệm, tuổi nghề, đào tạo.

- Ổn định nhân lực tại cấp cứu, chế độ độc hại, định mức ngân sách dành cho cấp cứu

- Ưu tiên tiếp tục dành dự án phát triển ngành cấp cứu.

- Thành lập Bộ môn cấp cứu tại các trường Đại học và Cao đẳng, soạn thảo các hướng dẫn thực hành, giáo trình cấp cứu tạo điều kiện cho các đơn vị đào tạo và tự đào tạo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (1998), "Quy chế Khoa Khám bệnh", Quy chế bệnh viện, NXB y học, Tr.162.

2. Bộ Y tế (2008), "Quy chế Cấp cứu, Hồi sức tích cực và chống độc", Quyết định số 01/2008/QĐ-BYT ngày 21/01/2008.

3. Thông tư số 08/2007/TTLB-BYT-BNV (2007), "Định mức biên chế sự nghiệp", ngày 05/6/2007.

4. QĐ số 07 UB/L ĐTL của Ủy ban Kế hoạch Nhà nước 1976-1980, "Tiêu chuẩn phục vụ theo số giường của nhân viên các khoa lâm sàng, cận lâm sàng và Dược".

5. Vũ Văn Đỉnh (2007), "Mạng lưới Hồi sức cấp cứu ngoại viện và trong bệnh viện", Kỷ yếu Hội thảo Hoạt động cấp cứu tại miền Trung - Tây Nguyên, thực trạng và giải pháp, Bệnh viện Trung ương Huế, Tr.5.

6. Hoàng Vinh (2007), "Hệ thống Cấp cứu y tế cần sớm hoàn thiện và thống nhất", Bệnh viện, S.17, Tr.8.

7. Benjamin Honigman, MD (2005), "History of Emergency Medicine", Introduction to Emergency Medicine, P.5-10.

8. James D. Heckman, MD (1995), "Introduction to Emergency Medical Care", Emergency care and transportation, P.1-10.

9. Margaret Strecker-MacGraw (2008), "Prehospital Emergency Services", Current diagnosis & treatment Emergency Medicine, P.5-9.

10. M.J.Clancy (2004), "Defining the specialty", Emergency Medical journal, N.21, P.526-527.