

NGHIÊN CỨU TÍNH KHẢ THI CỦA CÁC GIẢI PHÁP TĂNG CƯỜNG TÍNH HỢP LÝ TRONG THỰC HÀNH KÊ ĐƠN TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN MIỀN BẮC, VIỆT NAM

KIM BẢO GIANG, NGUYỄN TRẦN GIÁNG HƯƠNG,
HOÀNG VĂN MINH, LÊ THỊ HOÀN, VŨ THỊ VƯỢNG

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ở Việt Nam hiện nay, việc dùng thuốc còn chưa hợp lý, trong đó đặc biệt là vấn đề lạm dụng kháng sinh, corticosteroide và các vitamin. Để cập nhật có thể đưa ra các giải pháp nhằm đẩy mạnh việc sử dụng thuốc hợp lý, an toàn tại các bệnh viện nước ta, nghiên cứu này được triển khai nhằm các mục tiêu đánh giá tính khả thi của các giải pháp tăng cường tính hợp lý trong thực hành kê đơn tại 1 số bệnh viện miền Bắc, Việt Nam. **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang dựa trên phương pháp tự điền phiếu. **Đối tượng:** Tất cả các cán bộ điều trị một số khoa/đơn vị Nội, Nhi, Lây ở một số bệnh viện các tuyến tỉnh và tuyến huyện ở miền Bắc được điều tra. **Kết quả, kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy các bệnh viện các tuyến đều đã sử dụng một số hoạt động cơ bản nhằm tăng cường và đảm bảo chất lượng kê đơn. Tuy nhiên các hoạt động hiện có chỉ mang tính chất hình thức. Cần đẩy mạnh và nâng cao chất lượng các hoạt động của hội đồng thuốc bệnh viện, xây dựng phác đồ chuẩn, tăng cường kiểm tra, giám sát đảm bảo việc sử dụng hiệu quả phác đồ chuẩn và tổ chức thường xuyên các sinh hoạt chuyên môn nội bộ. Bên cạnh đó cần đẩy mạnh việc ứng dụng tin học trong kê đơn, thường xuyên đào tạo và cập nhật kiến thức liên quan cho cán bộ và tăng cường giám sát, hỗ trợ của tuyến trên cũng nên xem xét và thực hiện phù hợp để tăng cường nâng cao kiến thức và kỹ năng cho các cán bộ tuyến dưới.

Từ khóa: kê đơn, sử dụng thuốc hợp lý- an toàn, giải pháp can thiệp

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở Việt Nam hiện nay, việc dùng thuốc còn chưa hợp lý, trong đó đặc biệt là vấn đề lạm dụng kháng sinh, corticosteroide và các vitamin. Tình hình này xảy ra ở tất cả các tuyến điều trị từ xã phường đến huyện tỉnh và Trung ương, cả ở cộng đồng và bệnh viện. Hậu quả của việc dùng thuốc không hợp lý có rất nhiều, trong đó ngoài việc ảnh hưởng trực tiếp đến sức khoẻ bệnh nhân do tác dụng phụ của thuốc, dị ứng thuốc, v.v. Theo dõi tình hình dị ứng thuốc tại khoa dị ứng miễn dịch lâm sàng bệnh viện Bạch Mai cho thấy số người bị dị ứng thuốc trong những năm 1991 - 1995 tăng gấp 3,5 lần và số nhóm thuốc bị dị ứng là 24 (tăng 14 nhóm) so với những năm 1981 - 1990 [5]. Ngoài những hậu quả xấu trực tiếp đến người dùng thuốc, lạm dụng thuốc kháng sinh còn ảnh hưởng tới cả cộng đồng như làm tăng tỷ lệ kháng thuốc gây khó khăn trong điều trị bệnh.

Kể từ năm 1996, nhận thức rõ ràng tầm quan trọng của việc đảm bảo tính an toàn và hợp lý trong sử dụng thuốc, Chính phủ đã ban hành Chính sách Quốc gia về thuốc bao gồm hai mục tiêu đảm bảo cung ứng đủ thuốc đảm bảo chất lượng và sử dụng thuốc hợp lý cho người bệnh. Để thực hiện mục tiêu sử dụng thuốc hợp lý, Bộ Y

tế đã ban hành thông tư 08/TT-BYT ngày 4/7/1997 hướng dẫn việc tổ chức, chức năng nhiệm vụ của Hội đồng thuốc và điều trị (HĐT &ĐT) bệnh viện. Trong đó việc đào tạo kiến thức sử dụng thuốc cho bác sĩ, dược sĩ bệnh viện là một nhiệm vụ quan trọng nhằm tăng cường sử dụng thuốc hợp lý, an toàn [8]. Mặc dù vậy với tình hình kê đơn chưa hợp lý ở nhiều cơ sở y tế như hiện nay, rất cần thiết phải đẩy mạnh thực hiện các chính sách liên quan và xây dựng các mô hình can thiệp phù hợp nhằm tăng cường chất lượng kê đơn của các bác sĩ.

Để cập nhật có thể đưa ra các giải pháp nhằm đẩy mạnh việc sử dụng thuốc hợp lý, an toàn tại các bệnh viện nước ta, nghiên cứu này được triển khai nhằm các mục tiêu đánh giá tính khả thi của các giải pháp tăng cường tính hợp lý trong thực hành kê đơn tại 1 số bệnh viện miền Bắc, Việt Nam.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

* Đối tượng nghiên cứu:

Các cán bộ điều trị một số khoa/đơn vị Nội, Nhi, Lây ở một số bệnh viện các tuyến tỉnh và tuyến huyện ở miền Bắc

* Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

* Địa điểm nghiên cứu:

-Tuyến tỉnh: 3 bệnh viện (Bệnh viện tỉnh Hà Nam-vùng Đồng bằng sông Hồng, Bệnh viện tỉnh Phú Thọ-vùng Đông Bắc, Bệnh viện tỉnh Hoà Bình-vùng Tây Bắc)

-Tuyến huyện: Tại mỗi tỉnh được lựa chọn, 2 bệnh viện huyện được điều tra

* Cơ mẫu và chọn mẫu:

Tất cả cán bộ điều trị (bác sĩ, y sĩ) thuộc các khoa/đơn vị nội, nhi, lây tại các bệnh viện nghiên cứu được điều tra

* Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin:

Sử dụng bộ câu hỏi tự điền về tính khả thi của các giải pháp tăng cường tính hợp lý trong thực hành kê đơn tại bệnh viện của họ. Các cán bộ điều trị được mời đến hội trường để điền phiếu trả lời dưới sự hướng dẫn của các nghiên cứu viên.

* Quản lý và phân tích số liệu:

Số liệu được nhập vào máy tính bằng phần mềm Epi-info với các tệp Check để hạn chế sai số. Phần mềm Stata 10 được sử dụng trong xử lý và phân tích số liệu.

KẾT QUẢ

Nhìn chung tất cả các bệnh viện nghiên cứu đều đã và đang thực hiện các giải pháp theo quy định chung của Bộ y tế đề ra bao gồm các can thiệp trên bác sĩ trực tiếp kê đơn (đào tạo, hội nghị, hội thảo, cung cấp thông tin, tài liệu cho thầy thuốc, sinh hoạt chuyên môn nội bộ) và các can thiệp liên quan đến quản lý (thành lập hội đồng thuốc và điều trị, xây dựng danh mục thuốc bệnh viện, xây dựng phác đồ chuẩn và kiểm tra, phản hồi).

Tuy nhiên chỉ có một bệnh viện Tỉnh trong số các bệnh viện nghiên cứu bắt đầu có ứng dụng tin học vào quản lý đơn thuốc. Chưa có bệnh viện nào có phần mềm tin học hỗ trợ kê đơn ().

Trên thực tế, việc thực hiện các giải pháp nhằm tăng cường việc sử dụng thuốc hợp lý, an toàn tại các bệnh viện nghiên cứu cũng đã và đang được thực hiện ở các mức độ khác nhau. Ví dụ tại bệnh viện tỉnh Phú Thọ,

ngoài hoạt động xây dựng danh mục thuốc hàng năm, xây dựng phác đồ chuẩn, bệnh viện đã thực hiện việc bình bệnh án ở cả cấp khoa và cấp bệnh viện. Tại các khoa, hoạt động bình bệnh án được thực hiện hàng tháng, trưởng khoa chịu trách nhiệm chuyên môn. Bệnh viện cũng tổ chức bình bệnh án toàn viện, trung bình mỗi tháng bình 3 bệnh án.

Bảng 1: Các can thiệp nhằm tăng cường việc sử dụng thuốc hợp lý, an toàn đã và đang được thực hiện tại các bệnh viện được điều tra

	Tỉnh		Huyện	
	n	%	n	%
<i>Các can thiệp trên bác sĩ trực tiếp kê đơn</i>				
Đào tạo	3	100	3	100
Hội nghị, hội thảo	3	100	3	100
Cung cấp thông tin, tài liệu cho thầy thuốc	3	100	3	100
Sinh hoạt chuyên môn nội bộ	3	100	3	100
<i>Các can thiệp liên quan đến quản lý</i>				
Hội đồng thuốc và điều trị	3	100	3	100
Xây dựng danh mục thuốc bệnh viện				
Xây dựng phác đồ chuẩn	3	100	3	100
Kiểm tra và phản hồi	3	100	3	100
<i>Các can thiệp liên quan đến cơ sở vật chất</i>				
Trang bị hệ thống máy tính và xây dựng phần mềm tin học quản lý đơn thuốc	1	33,3	0	0
Phần mềm hỗ trợ kê đơn	0	0	0	0

Để đưa ra các giải pháp cụ thể hơn nhằm tăng cường việc sử dụng thuốc hợp lý, an toàn tại các bệnh viện nghiên cứu, các hội thảo xây dựng mô hình can thiệp đã được tổ chức tại các bệnh viện nghiên cứu này. Thành phần tham dự hội thảo bao gồm ban giám đốc bệnh viện, đại diện hội đồng thuốc, điều trị, cán bộ phụ trách công tác dược của bệnh viện và các y, bác sĩ điều trị. Tại từng hội thảo, mô hình can thiệp nâng cao tính hợp lý, an toàn trong sử dụng thuốc trên thế giới và Việt Nam được giới thiệu để các hội thảo viên tham khảo, thảo luận và đưa ra ý kiến về việc xây dựng mô hình can thiệp phù hợp và khả thi với bệnh viện của họ. Bảng 2 cho thấy các cán bộ tham gia hội thảo xây dựng mô hình can thiệp đánh giá cao tầm quan trọng của các giải pháp can thiệp trực tiếp vào các thầy thuốc như tổ chức sinh hoạt chuyên môn trong nội bộ bệnh viện (Tỉnh: 82,4%, huyện: 85,2%); Tăng cường tiếp cận thông tin cho các bác sĩ bằng cách phát tài liệu, báo tạp chí y dược học liên quan (Tỉnh: 78,2%, huyện: 72,8%); Đào tạo, tập huấn về sử dụng thuốc hợp lý, an toàn (Tỉnh: 76,4%, huyện: 72,8%); và tổ chức hội nghị, hội thảo nội viện (Tỉnh: 76,4%, huyện: 69,1%).

Bảng 2: Điểm trung bình đánh giá tính khả thi của các mô hình can thiệp

TT	Nội dung can thiệp gợi ý	Tỉnh	Huyện
1	Tổ chức sinh hoạt chuyên môn trong nội bộ bệnh viện	3.8	3.8
2	Tăng cường tiếp cận thông tin cho các bác sĩ bằng cách phát tài liệu, báo tạp chí y dược học liên quan	3.8	3.6
3	Đào tạo, tập huấn về sử dụng thuốc hợp lý, an toàn	3.8	3.7
4	Tổ chức hội nghị, hội thảo nội viện	3.7	3.7
5	Tổ chức hội nghị, hội thảo phối hợp với các bệnh viện khác	2.9	2.7
6	Cử các bác sĩ tham gia hội nghị, hội thảo trong nước	3.4	2.8
7	Cử các bác sĩ tham gia hội nghị, hội thảo ngoài nước	2.2	1.8
8	Tăng cường tiếp cận thông tin bằng cách trang bị internet rộng rãi cho các bác sĩ	3.2	3
9	Bệnh viện thường xuyên cung cấp các thông tin cập nhật về thuốc	3.7	3.9
10	Đẩy mạnh hoạt động của hội đồng thuốc, điều trị	3.6	3.6
11	Xây dựng phác đồ điều trị chuẩn, giám sát việc thực hiện phác đồ điều trị	3.7	3.6
12	Thành lập đội giám sát việc kê đơn, đưa nhận xét và phản hồi trực tiếp cho các bác sĩ	3.1	3.5
13	Kiểm tra hàng tháng công tác kê đơn của các bác sĩ tại các khoa phòng	3.2	3.7
14	Trang bị hệ thống máy tính để nhập thông tin và lưu trữ thông tin của bệnh nhân	3.5	3
15	Xây dựng phần mềm hỗ trợ kê đơn và công cụ nhắc việc	2.9	2.7

Ghi chú: Mức độ: 4: Rất nên thực hiện; 3 = Nên thực hiện; 2 = Không nên thực hiện; 1 = Không thể thực hiện

Như vậy nếu chọn ưu tiên can thiệp là những can thiệp có điểm trung bình từ > 3, tuyến tính cần can thiệp vào các yếu tố: (1) Tổ chức sinh hoạt chuyên môn trong nội bộ bệnh viện; (2) Tăng cường tiếp cận thông tin bằng cách phát tài liệu, báo tạp chí y dược học liên quan; (3) Đào tạo, tập huấn về sử dụng thuốc hợp lý, an toàn; (4) Tổ chức hội nghị, hội thảo nội viện; (9) Cung cấp các thông tin cập nhật về thuốc; (10) Đẩy mạnh hoạt động của hội đồng thuốc, điều trị; (11) Xây dựng phác đồ điều trị chuẩn, giám sát việc thực hiện phác đồ điều trị.

Các ý kiến thảo luận trong hội thảo tại bệnh viện tuyến tỉnh cho rằng: bệnh viện nhất là từ tuyến tỉnh trở lên cần áp dụng mô hình phối hợp. Trong thực tế, đa số bệnh viện đã triển khai cả ba can thiệp cơ bản là hoạt động của hội đồng thuốc, sinh hoạt chuyên môn và xây dựng phác đồ điều trị chuẩn nhưng vấn đề là phải tăng cường chất lượng của các hoạt động này. Một số bệnh viện nghĩ đến việc sử dụng ứng dụng tin học trong quản lý kê đơn: “Bệnh viện sẽ nghiên cứu sử dụng phần mềm quản lý kê đơn”. Và gợi ý “Nếu thành lập được một tổ riêng biệt xem xét các đơn và bệnh án sẽ tốt hơn”. Ngoài ra các ý kiến cũng cho rằng một nguyên nhân quan trọng cản trở việc đảm bảo chất lượng kê đơn là tình trạng quá tải tại các bệnh viện vì vậy cần phải giải quyết quá tải: “Giải quyết quá tải: mở rộng, đào tạo chuyên môn. Về lâu dài phải đào tạo hệ thống tại chỗ để giải quyết quá tải do thiếu bác sĩ hoặc bác sĩ bỏ đi hoặc không tuyển được người. Có chế độ chính sách hợp lý cho tuyến dưới.” Các ý kiến cũng cho rằng nên tổ chức đào tạo tại chỗ để đảm bảo nhân lực làm việc “Hình thức đào tạo tại chỗ sẽ hợp lý hơn vì bác sĩ rất bận, gửi đi đào tạo một lần cũng sẽ không có hiệu quả.”

Đối với tuyến huyện, ngoài các can thiệp số 1,2,3,4, 9,10,11 như của tuyến tỉnh có thêm 2 can thiệp cũng được chọn ưu tiên đó là can thiệp số 12: thành lập đội giám sát kê đơn và phản hồi cho các bác sĩ; và can thiệp số 13: kiểm tra hàng tháng công tác kê đơn của các bác sĩ.

Kết quả thảo luận cho thấy đối với tuyến huyện cần tập trung tổ chức các hoạt động can thiệp can thiệp khả thi bao gồm:

- Cần tổ chức hội thảo, cập nhật thông tin chuyên môn về thuốc. Đào tạo thêm về các loại thuốc mới, cập nhật các kiến thức mới.
- Tăng cường hoạt động của hội đồng thuốc và điều trị, hội đồng thuốc cần tổ chức giám sát chặt chẽ.
- Tăng cường trao đổi thông tin với bệnh viện khác cùng tuyến và tuyến trên
- Tăng cường đào tạo cán bộ chuyên trách về thuốc: tổng hợp thông tin về thuốc và trao đổi với các bác sĩ vì các bác sĩ rất bận không có thời gian để tìm hiểu thông tin về thuốc.
- Tập huấn cho các cán bộ định kỳ theo 6 tháng 1 lần, đào tạo tại chỗ về các kiến thức được lâm sàng, chia sẻ thông tin và kiến thức mới.

Cần đẩy mạnh hoạt động sinh hoạt chuyên môn, hội đồng thuốc, danh mục thuốc, phác đồ chuẩn. Cụ thể nên thực hiện công tác bình bệnh án, 1 tháng 1 lần, không nên bình ở cấp bệnh viện vì chuyên ngành khác nhau không phù hợp. Nên bình theo khoa, nên có người chủ trì chuẩn như ban giám đốc, có bộ phận dược tham gia giám sát.

BẢN LUẬN

Việt Nam luôn quan tâm tới việc cung ứng và sử dụng thuốc hợp lý. Từ những năm 1960, Bộ y tế đã chú ý tới việc bảo đảm một danh mục thuốc tối thiểu, cần cho nhu cầu bảo vệ sức khỏe của nhân dân. Vì vậy, sau khi có khuyến nghị của TCYTGG và được sự giúp đỡ của tổ chức SIDA Thụy Điển, Bộ y tế đã ban hành “Danh mục thuốc chủ yếu của Việt Nam lần thứ nhất vào năm 1985 và “Danh mục thuốc tối cần và thuốc chủ yếu lần thứ 2 năm 1989” [1].

Các chính sách này đảm bảo cung cấp đủ và thường xuyên những thuốc không thể thiếu được cho nhiệm vụ chữa bệnh và phòng bệnh. Sau khi có luật bảo vệ sức khỏe nhân dân [2] nhất là pháp lệnh về hành nghề y dược tư nhân (T.V. Quốc hội 1993), các dịch vụ y tế, nhà thuốc tư nhân xuất hiện ngày càng nhiều. Một danh mục thuốc thiết yếu theo đúng thông lệ quốc tế đã được ban hành lần thứ 3 (năm 1995), và được cập nhật, bổ sung ở danh mục thuốc thiết yếu lần thứ 4 (năm 1999). Đáng chú ý là mục tiêu cơ bản của chính sách quốc gia về thuốc và danh mục thuốc thiết yếu của Việt Nam lần thứ 3 là không chỉ đảm bảo cung ứng thường xuyên và đủ thuốc có chất lượng đến người dân, mà đảm bảo sử dụng thuốc an toàn và hợp lý đã được nhấn mạnh [3]. Cùng với danh mục thuốc thiết yếu năm 1995, Bộ y tế cũng đã ban hành “quy chế về kê đơn và bán thuốc theo đơn” với mục tiêu “góp phần đảm bảo việc dùng thuốc an toàn, hợp lý và đạt hiệu quả phòng bệnh, chữa bệnh cao, đồng thời ngăn chặn việc người bệnh dùng một số thuốc cần phải có chỉ định của thầy thuốc dẫn đến những tác hại cho sức khỏe”. Đồng thời để “xác định trách nhiệm của bác sĩ trong việc khám bệnh, kê đơn và trách nhiệm của cán bộ dược trong việc cung ứng thuốc” [4].

Năm 1996, Chính phủ ban hành Chính sách Quốc gia về thuốc bao gồm hai mục tiêu: đảm bảo cung ứng đủ thuốc đảm bảo chất lượng và sử dụng thuốc hợp lý cho người bệnh. Ngành y tế đã có nhiều nỗ lực trong phục vụ thuốc cho chăm sóc sức khỏe cho nhân dân. Thị trường thuốc đã đáp ứng cung cấp đủ thuốc cho nhu cầu khám chữa bệnh. Tình hình cung ứng, quản lý sử dụng thuốc trong điều trị đã được chấn chỉnh. Tuy nhiên tình hình sử dụng thuốc chưa hợp lý vẫn còn phổ biến.

Để thực hiện mục tiêu sử dụng thuốc hợp lý, Bộ Y tế đã ban hành thông tư 08/TT-BYT ngày 4/7/1997 hướng dẫn việc tổ chức, chức năng nhiệm vụ của Hội đồng thuốc và điều trị bệnh viện. Các bệnh viện, viện có giường bệnh cần thành lập Hội đồng thuốc và điều trị của bệnh viện. Hội đồng thuốc và điều trị của bệnh viện có chức năng tư vấn cho giám đốc bệnh viện về các vấn đề liên quan đến thuốc và điều trị bằng thuốc của bệnh viện, thực hiện tốt Chính sách quốc gia về thuốc trong bệnh viện. Trong đó việc đào tạo kiến thức sử dụng thuốc cho bác sĩ, dược sĩ bệnh viện là nhiệm vụ rất quan trọng nhằm tăng cường sử dụng thuốc hợp lý an toàn.

Được sự giúp đỡ của các tổ chức quốc tế, Bộ y tế đã thành lập các cơ quan tư vấn: Ban tư vấn sử dụng KS an toàn và hợp lý; Trung tâm theo dõi các phản ứng có hại của thuốc (trung tâm ADR); Trung tâm thông tin thuốc; Chương trình giám sát tính kháng KS của vi khuẩn. Bộ y tế cũng đã có các quy chế về thông tin thuốc phòng và chữa bệnh cho người lần thứ nhất năm 1993 [5] và lần thứ 2 năm 1997[66]. Năm 1998, Bộ Y tế

ban hành Chỉ thị số 04/1998/CT-BYT về việc tăng cường sử dụng thuốc hợp lý, an toàn, tiết kiệm tại các cơ sở KCB. Tiếp đó là thông tư số 17/1998/CT-BYT hướng dẫn việc thực hiện khám chữa bệnh, sử dụng quỹ khám chữa bệnh và thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT. Tổ chức cho bác sĩ trực tiếp KCB, kê đơn và dược sĩ cung ứng thuốc học tập và quán triệt phương châm tăng cường sử dụng thuốc trong nước, tiết kiệm chi phí KCB để giảm bớt khó khăn cho người bệnh và ngân sách Nhà nước [6].

Năm 1999, quyết định về việc ban hành danh mục thuốc thiết yếu ở Việt Nam lần thứ IV. Năm 2001, quyết định số 2320/2001/QĐ-BYT ngày 19/6/2001 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Danh mục thuốc chữa bệnh chủ yếu sử dụng tại các cơ sở khám chữa bệnh. Xây dựng một danh mục thuốc thống nhất dùng trong bệnh viện, xây dựng kế hoạch sử dụng thuốc đảm bảo theo từng tháng, quý [7].

Năm 2003, quyết định về việc ban hành Quy chế kê đơn thuốc và bán thuốc theo đơn áp dụng cho điều trị ngoại trú qui định điều kiện của người kê đơn thuốc và bán thuốc theo đơn. Người kê đơn thuốc phải chịu trách nhiệm về đơn thuốc mình kê cho người bệnh và qui định cho người kê đơn đặc biệt, không kê đơn không nhằm mục đích phòng chữa bệnh, hoặc theo yêu cầu không hợp lý cho người bệnh. Về ghi đơn thuốc đủ rõ ràng, phải viết đúng tên biệt dược với thuốc nhiều thành phần, hàm lượng, số lượng, liều dùng [8].

Trước thực trạng nhiều bệnh viện chưa đảm bảo cung ứng thuốc chủ yếu, nhà thuốc bệnh viện chưa thực hiện nghiêm các quy định của BHYT, chưa thực hiện quy chế kê đơn và bán thuốc theo đơn, để chấn chỉnh việc cung ứng thuốc nhằm đảm bảo chất lượng KCB và sử dụng thuốc hợp lý an toàn, Bộ trưởng BHYT ban hành chỉ thị "Về việc chấn chỉnh công tác cung ứng, sử dụng thuốc cho bệnh viện". Bộ trưởng cũng đồng thời chỉ đạo Hội đồng thuốc và điều trị trong việc lựa chọn thuốc sử dụng hợp lý an toàn, tăng cường kiểm tra thực hiện quy chế kê đơn và bán thuốc theo đơn trong bệnh viện.

Năm 2004, để thực hiện chỉ thị số 05/2004/CT-BYT, Vụ điều trị - Bộ Y tế đã ban hành hướng dẫn trong đó bao gồm tổ chức kiểm tra đánh giá tình hình thực hiện các quy định về sử dụng thuốc trong bệnh viện, như phân tích sử dụng thuốc trong các ca lâm sàng (dựa theo các chỉ số: số thuốc trung bình cho 1 đơn; tỷ lệ thuốc được ghi tên gốc; tỷ lệ đơn có KS; tỷ lệ đơn có vitamin; tỷ lệ người bệnh nội trú dùng dịch truyền; tỷ lệ đơn có thuốc tiêm; tỷ lệ các thuốc có trong danh mục thuốc chủ yếu; sẵn có danh mục thuốc chủ yếu), xác định những vấn đề còn tồn tại trong sử dụng thuốc, xây dựng kế hoạch và biện pháp khắc phục những tồn tại, ... [8].

Năm 2008, để đạt được mục tiêu sử dụng thuốc hợp lý, an toàn, BHYT ban hành chỉ thị số 01/2008/CT-BYT về việc đẩy mạnh việc triển khai thực hiện nguyên tắc, tiêu chuẩn thực hành tốt nhà thuốc GPP tại các cơ sở bán lẻ thuốc. Chỉ đạo HĐT và ĐT quy chế hóa tiêu chuẩn hóa việc lựa chọn thuốc và sử dụng thuốc hợp lý, an toàn, tăng cường kiểm tra việc thực hiện quy chế kê đơn và bán thuốc theo đơn [6].

Chỉ thị số 16/2008/QĐ-BYT chỉ đạo hướng dẫn, kiểm tra công tác quản lý sử dụng thuốc hợp lý an toàn trong chữa bệnh, bao gồm: hoạt động của Hội đồng thuốc và điều trị, công tác kê đơn, sử dụng thuốc. Chủ

trì xây dựng danh mục thuốc chủ yếu sử dụng trong các cơ sở khám, chữa bệnh [7].

Như vậy, hiện tại các chính sách và chiến lược hiện có liên quan đến thực hành kê đơn ở Việt Nam đã khá phong phú. Vấn đề quan trọng là hiện nay các chính sách, chiến lược này đang được thực thi như thế nào và cần phải làm thế nào để các chính sách và chiến lược này thực sự đi vào cuộc sống.

KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu cho thấy các bệnh viện các tuyến đều đã sử dụng một số hoạt động cơ bản nhằm tăng cường và đảm bảo chất lượng kê đơn. Tuy nhiên các hoạt động hiện có chỉ mang tính chất hình thức. Vì vậy để tăng cường chất lượng kê đơn cần đẩy mạnh và nâng cao chất lượng của các hoạt động hiện đã có như:

- Tích cực hoạt động của hội đồng thuốc bệnh viện trong hướng dẫn sử dụng thuốc và kiểm tra, giám sát;
- Xây dựng phác đồ chuẩn đảm bảo tính đồng nhất trong điều trị. Tăng cường kiểm tra, giám sát đảm bảo việc sử dụng hiệu quả phác đồ chuẩn.
- Tăng cường sinh hoạt chuyên môn tại bệnh viện và tại các khoa chuyên môn.

Vì ứng dụng tin học mang lại rất nhiều lợi ích giúp các bác sĩ và các nhà lãnh đạo đảm bảo tính hợp lý và an toàn trong kê đơn cũng như trong quản lý kê đơn, các bệnh viện đặc biệt bệnh viện tuyến trên là nơi có điều kiện kinh tế, đội ngũ cán bộ có trình độ cao hơn nên xem xét giới thiệu và ứng dụng tin học trong quản lý và hỗ trợ kê đơn.

Việc đào tạo và cập nhật kiến thức liên quan thường xuyên thông qua cung cấp tài liệu hay cử cán bộ tham dự các hội thảo chuyên ngành và hội thảo về thuốc đã được chứng minh có vai trò quan trọng cho nên các bệnh viện nên đầu tư cho đào tạo, cập nhật và chia sẻ kiến thức cho các bác sĩ. Nên tổ chức nhiều hơn các đào tạo tại chỗ vì có tính bền vững và khả thi hơn.

Tăng cường giám sát, hỗ trợ của tuyến trên cũng nên xem xét và thực hiện phù hợp để tăng cường nâng cao kiến thức và kỹ năng cho các cán bộ tuyến dưới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Về việc chấn chỉnh công tác cung ứng, quản lý, sử dụng thuốc tại bệnh viện. 1997.
2. Bộ Y Tế, Danh mục thuốc chữa bệnh chủ yếu sử dụng ở các cơ sở khám chữa bệnh. 2001.
3. Bộ Y Tế, Về việc kê đơn thuốc và bán thuốc theo đơn. 2003.
4. Vụ Điều trị - Bộ Y tế, Văn bản số 3483/YT-ĐTTr ngày 19/5/2004 của Vụ trưởng Vụ điều trị về việc hướng dẫn thực hiện Chỉ thị số 05/2004/CT-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế. 2004.
5. Bộ Y Tế, Sử dụng thuốc hợp lý an toàn trong chữa bệnh. 2008.
6. Huyền Hoàng Tích, Sự cần thiết phải theo dõi những phản ứng có hại của thuốc. Trung tâm theo dõi ADR -Bộ Y Tế- Hà Nội, 1996: p. 1-6.
7. Hồng Nguyễn Hữu, et al., Tình hình kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây bệnh tại một số tỉnh thành Việt Nam trong 6 năm (1989-1994). Một số công trình nghiên cứu về độ nhạy cảm của vi khuẩn với thuốc kháng sinh (1994-1995).Viện thông tin thư viện y học trung ương Hà Nội, 1996: p. 8-10.
8. Cục quản lý khám chữa bệnh, Tình hình hoạt động của hội đồng thuốc.