

SÁCH TRẮNG NGHIÊN CỨU LIÊN HÒA

SÁCH TRẮNG VỀ CHĂM SÓC GIẢM NHẸ VÀ CHĂM SÓC NHÂN VĂN

Tích hợp kiểm soát triệu chứng, giao tiếp, hỗ trợ gia đình và tôn trọng phẩm giá

CHỦ ĐỀ	Chăm sóc giảm nhẹ và nhân văn
MÃ XUẤT BẢN	LHS-WP-2024-05
THỜI ĐIỂM	11/2024

Hội Khoa học Sự sống và Sức khỏe Liên Hòa
Bản tóm tắt công khai | Hà Nội



01 Bối cảnh và định hướng

Tài liệu mô tả chăm sóc giảm nhẹ như một phần của chuỗi chăm sóc liên tục, có thể được xem xét sớm khi người bệnh và gia đình đối mặt với bệnh đe dọa tính mạng. Trọng tâm điều dưỡng gồm nhận diện nhu cầu, đánh giá triệu chứng, giao tiếp có đồng cảm, điều phối nhóm và hỗ trợ người chăm sóc.

Bối cảnh

- Theo WHO, chăm sóc giảm nhẹ nhằm cải thiện chất lượng sống của người bệnh và gia đình thông qua nhận diện sớm, đánh giá đúng và giảm đau khổ về thể chất, tâm lý, xã hội và tinh thần.
- Chăm sóc giảm nhẹ không đồng nghĩa với ngừng điều trị và không chỉ dành cho những ngày cuối đời. Có thể tích hợp song song với điều trị bệnh nền dựa trên nhu cầu và mục tiêu của người bệnh.
- Điều dưỡng thường là người tiếp xúc liên tục, có vị trí quan trọng trong nhận diện triệu chứng, lắng nghe ưu tiên, giáo dục gia đình và kết nối các thành viên nhóm chăm sóc.

Nguyên tắc thiết kế

Đánh giá toàn diện	Xem xét đau và triệu chứng khác cùng với nhu cầu tâm lý, xã hội, tinh thần và thực tế của gia đình.
Giao tiếp trung thực	Cung cấp thông tin phù hợp, kiểm tra mức độ hiểu, tôn trọng mong muốn và dành thời gian cho câu hỏi.
Quyết định cùng nhau	Mục tiêu chăm sóc được thảo luận, ghi nhận và rà soát khi tình trạng hoặc ưu tiên thay đổi.

Câu hỏi cần trả lời trước khi triển khai

- Nhóm dân số hoặc người bệnh nào được ưu tiên, nhu cầu nào cần giải quyết trước và kết quả nào có ý nghĩa với họ?
- Bằng chứng công khai, dữ liệu tại cơ sở và ý kiến chuyên môn nào hỗ trợ quyết định; còn điểm không chắc chắn nào phải theo dõi?
- Nguồn lực tối thiểu, năng lực nhân sự, cơ chế phối hợp và điều kiện an toàn nào phải có trước khi mở rộng?

Phạm vi sử dụng

Tài liệu này là bản tóm tắt định hướng dành cho cơ sở y tế, đơn vị đào tạo, nhà quản lý và nhóm cải tiến chất lượng. Các quy trình chuyên môn cụ thể phải được nội địa hóa, thẩm định và phê duyệt theo pháp luật, hướng dẫn quốc gia và năng lực của cơ sở.

02 Khung triển khai và đo lường

Khung đề xuất

1. Nhận diện nhu cầu	Sàng lọc triệu chứng, suy giảm chức năng, khó khăn tâm lý xã hội và gánh nặng người chăm sóc.
2. Đánh giá chuyên sâu	Xác định mức độ, nguyên nhân có thể điều chỉnh, ưu tiên của người bệnh và nhu cầu hội chẩn.
3. Kế hoạch liên ngành	Phân công can thiệp, theo dõi đáp ứng, hỗ trợ giao tiếp và chuẩn bị cho chuyển tiếp.
4. Đồng hành	Rà soát thường xuyên, hỗ trợ gia đình, chăm sóc cuối đời phù hợp và hỗ trợ tang chế khi cần.

Bộ chỉ số khởi điểm

Các chỉ số dưới đây là điểm xuất phát. Trước khi sử dụng cần thống nhất định nghĩa, nguồn dữ liệu, tần suất, người chịu trách nhiệm và cách diễn giải.

Nhóm	Chỉ số gợi ý
Nhận diện	Tỷ lệ người bệnh phù hợp được sàng lọc nhu cầu giảm nhẹ
Triệu chứng	Tỷ lệ triệu chứng ưu tiên được đánh giá lại sau can thiệp
Giao tiếp	Tỷ lệ hồ sơ có mục tiêu chăm sóc và người tham gia thảo luận
Gia đình	Tỷ lệ người chăm sóc được đánh giá nhu cầu hỗ trợ và hướng dẫn

Yêu cầu về dữ liệu và quản trị

- Lập từ điển dữ liệu ghi rõ định nghĩa, trường bắt buộc, nguồn, thời điểm chốt và người phê duyệt.
- Kiểm tra mẫu hồ sơ định kỳ để phát hiện thiếu dữ liệu, sai phân loại và khác biệt giữa người ghi nhận.
- Phân tích theo thời gian và nhóm phù hợp; không công bố so sánh khi mẫu nhỏ hoặc bối cảnh không tương đồng.
- Phân quyền truy cập, lưu vết chỉnh sửa và áp dụng nguyên tắc chỉ thu thập dữ liệu thật sự cần thiết.

Chu trình cải tiến

Đánh giá hiện trạng -> chọn ưu tiên -> thử nghiệm quy mô nhỏ -> đo kết quả -> phản hồi cho nhóm thực hành -> chuẩn hóa hoặc điều chỉnh.

03 Lộ trình hành động và tài liệu tham khảo

Hành động ưu tiên trong 12 tháng

- Đào tạo năng lực nền tảng về đánh giá triệu chứng, giao tiếp khó và hỗ trợ người chăm sóc.
- Thiết lập tiêu chí hội chẩn, chuyển tuyến và kênh tư vấn cho nhóm điều trị ban đầu.
- Dùng công cụ đánh giá ngắn gọn, lặp lại theo diễn biến và ghi nhận mục tiêu bằng ngôn ngữ của người bệnh.
- Tổ chức họp liên ngành cho trường hợp phức tạp và rà soát trải nghiệm sau mỗi chuyển tiếp.

Lộ trình gợi ý

Tháng 1-3	Thành lập nhóm phụ trách, xác định phạm vi, đánh giá hiện trạng, thống nhất định nghĩa và đường cơ sở.
Tháng 4-6	Thí điểm tại một số đơn vị, huấn luyện tại chỗ, ghi nhận rào cản và điều chỉnh công cụ.
Tháng 7-9	Mở rộng có kiểm soát, theo dõi tính nhất quán dữ liệu, phản hồi kết quả và hỗ trợ đơn vị chậm tiến độ.
Tháng 10-12	Đánh giá kết quả, chi phí và trải nghiệm; chuẩn hóa phần hiệu quả, sửa phần chưa phù hợp và công bố kế hoạch năm tiếp theo.

Điểm cần kiểm soát

- Không đưa ra quyết định thay người bệnh khi họ còn năng lực; bảo đảm đồng thuận và quyền từ chối.
- Thuốc kiểm soát triệu chứng phải được kê, cấp và theo dõi theo pháp luật cùng hướng dẫn chuyên môn hiện hành.
- Tôn trọng khác biệt văn hóa, tôn giáo và cách gia đình trao đổi thông tin, nhưng không che giấu thông tin trái với mong muốn của người bệnh.

Tài liệu tham khảo chính

- WHO. Palliative care fact sheet.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- WHO. Primary health care (2025).
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- World Health Assembly. Resolution WHA67.19 on strengthening palliative care.
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf

LƯU Ý

Bản tóm tắt công khai này không phải hướng dẫn chẩn đoán, điều trị hoặc quy trình thao tác chuẩn. Khi áp dụng, đơn vị phải đối chiếu quy định hiện hành, đánh giá nguồn lực, tham vấn chuyên gia phù hợp và thiết lập cơ chế giám sát an toàn.

Cập nhật nội dung và định dạng: 07/2026