

BỘ TÀI LIỆU HỌC THUẬT CÔNG BỐ

MÔ HÌNH VIỆN GÚT

Chăm sóc Ngoại trú Tích hợp Đa bệnh lý Mạn tính Phức tạp

Phần B — Mô hình Vận hành

Bộ tài liệu học thuật Mô hình Viện Gút

TÀI LIỆU B.4 VAI TRÒ NGƯỜI BỆNH

Khung vận hành từ phía bệnh nhân và gia đình — Từ đối tượng thụ động đến năng lực tham gia có thể đo lường, huấn luyện và quản trị theo dõi dọc

Mô hình Viện Gút — Bộ tài liệu học thuật
Tập hợp hệ thống lần đầu — Tháng 3/2026
Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

TÁC GIẢ & CHỦ TRÌ HỌC THUẬT

Nguyễn Đình Quang

Nhà nghiên cứu y khoa độc lập | Người sáng lập Viện Gút | Thiết kế tổng thể lớp HOW — DATA-to-operate / operational layer

NHÓM THAM GIA THIẾT KẾ HOW VÀ DATA-TO-OPERATE — VIỆN GÚT

Nguyễn Đình Quang Huy Tham gia thiết kế HOW — DATA-to-operate | Quản trị vận hành hệ thống, tổ chức chuyển giao — Mô hình Viện Gút

Huỳnh Phước Đại, Nguyễn Sơn Biên tập ngôn ngữ dành cho bệnh nhân | Quản trị dữ liệu truyền thông, triển khai và hỗ trợ chuyển giao — Mô hình Viện Gút

HỖ TRỢ HỌC THUẬT & ĐỐI SÁNH WHAT (GUIDELINE) — NHÓM CHUYÊN GIA QUỐC TẾ

Nicola Dalbeth Đồng tác giả các Khuyến nghị của ACR 2012 và 2020.

Thomas Bardin, Pascal Richette Đồng tác giả các Khuyến nghị của EULAR — cùng các chuyên gia về tim mạch, thận tiết niệu, gan mật, tiểu đường, chẩn đoán hình ảnh, thống kê y sinh học ở Đại học Paris Cité, Pháp và Đại học Sorbonne. Chuyển giao WHAT của các Guideline điều trị gút và các bệnh đồng mắc, Đối sánh chuẩn quốc tế cho WHAT; hỗ trợ thiết kế HOW — Mô hình Viện Gút.

NHÓM QUẢN TRỊ DỮ LIỆU — VIỆN GÚT

Trương Ánh Dương, Huỳnh Hồng Đức Quản trị dữ liệu, hỗ trợ chuyển giao — Mô hình Viện Gút

Lê Việt Anh Quản trị dữ liệu — Viện Gút

NHÓM BÁC SĨ ĐIỀU TRỊ + Ê-KÍP ĐA NGÀNH PHÒNG KHÁM VIỆN GÚT

Triển khai HOW lâm sàng: Phân tầng rủi ro, cửa sổ cơ hội, theo dõi dọc, kiểm soát rủi ro, quản trị đa thuốc, kích hoạt van an toàn chuyển tuyến — Mô hình Viện Gút.

ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU

Trung tâm Pháp-Việt Nghiên cứu Bệnh Gout và Bệnh Mạn tính, Phòng khám đa khoa Viện Gút, số 13A đường Hồng Hạ, phường Tân Sơn Hòa, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam.

1. Đặt vấn đề

Trong đa số mô hình điều trị bệnh mạn tính hiện nay — bao gồm cả những mô hình tiên tiến nhất — người bệnh vẫn được mặc định là đối tượng thụ động: nhận đơn thuốc, được hướng dẫn chế độ ăn, được nhắc tái khám. Ngay cả trong các phong trào 'self-management' và 'patient empowerment' xuất hiện từ thập niên 1990, vai trò người bệnh chủ yếu được định nghĩa theo chiều giáo dục — truyền kiến thức, tăng nhận thức — chứ không phải theo chiều vận hành: đo lường năng lực, phân loại mức độ sẵn sàng, và quản trị hợp tác như một chỉ số theo dõi dọc. [13], [14]

Khoảng trống này trở nên nguy hiểm hơn trong bối cảnh đa bệnh lý mạn tính phức tạp. Ở đây, người bệnh không chỉ phải tuân thủ một phác đồ đơn — mà phải đồng thời quản lý nhiều trục bệnh, nhiều loại thuốc với tương tác phức tạp, nhiều nhịp theo dõi chồng chéo, và nhiều điểm quyết định khẩn mà hệ thống phân mảnh sẽ không kịp phát hiện. Trong bối cảnh đó, nếu người bệnh không có đủ 'năng lực tham gia', ngay cả HOW mạnh nhất cũng không tạo ra kết quả. [1], [2]

Tài liệu B.4 xây dựng một khung vận hành cho vai trò người bệnh trong Mô hình Viện Gút: không phải lời khuyên lâm sàng, không phải danh sách yêu cầu — mà là một kiến trúc có thể đo lường, có thể huấn luyện, và phải được quản trị liên tục theo cùng logic theo dõi dọc mà mô hình áp dụng cho bệnh học. [8]

2. Khung lý luận: hai lớp năng lực và điểm giao vận hành

Mô hình Viện Gút tách bạch rõ ràng hai lớp điều kiện trong chăm sóc tích hợp đa bệnh lý mạn tính — hai lớp không thay thế được cho nhau và không bù trừ được cho nhau:

	Điều kiện cần — Năng lực điều trị	Điều kiện đủ — Năng lực tham gia
Nguồn gốc	Thuộc về mô hình và hệ thống chăm sóc	Thuộc về người bệnh và gia đình
Nội dung	Khung nguyên tắc, khung vận hành, khung tổ chức, khung dữ liệu — Clinical Conductor, MDT, van an toàn, DATA-to-operate, ngưỡng hành động, audit trail.	Mong muốn thật, hiểu đúng để làm đúng, nguồn lực sắp xếp được, năng lực tự theo dõi, hệ thống hỗ trợ, hợp tác bền vững, năng lực được huấn luyện.
Ảnh dụ	Đường ray — xây dựng một lần, duy trì liên tục	Đoàn tàu — phải có năng lực chạy đúng đường ray
Hậu quả khi thiếu	Tàu đúng nhưng không có đường — lạc hướng	Đường đúng nhưng tàu không chạy được — đứng yên

Điểm giao vận hành — khi hai lớp năng lực khớp nhau

Khi điều kiện cần (năng lực điều trị của mô hình) và điều kiện đủ (năng lực tham gia của người bệnh) đồng thời được thỏa mãn, chăm sóc tích hợp đạt 'đủ điều kiện vận hành' — nghĩa là HOW có thể được triển khai đúng thiết kế, WHAT có thể được theo đuổi đến đích, và DATA-to-operate có thể phản ánh xu hướng thực của bệnh nhân, không phải xu hướng của sự thiếu tuân thủ.

Khi một trong hai lớp thiếu, toàn bộ kiến trúc bị suy yếu — không phải suy yếu từng phần, mà suy yếu hệ thống. Đây là lý do tại sao 'năng lực tham gia' không phải thêm vào sau, mà phải được thiết kế vào ngay từ đầu như một cấu phần vận hành của mô hình. [8]

2.1 Đối chiếu ba bối cảnh — guideline, đồng thuận quốc tế, mô hình phân mảnh

Để làm rõ vị trí học thuật của khung vận hành 'vai trò người bệnh' trong Mô hình Viện Gút, tài liệu này đặt khung đó vào ba bối cảnh đối chiếu: guideline đơn bệnh lý, đồng thuận quốc tế về chăm sóc tích hợp đa bệnh lý mạn tính, và mô hình điều trị phân mảnh / cắt ngang.

Tiêu chí đối chiếu	Guideline đơn bệnh lý / Đồng thuận quốc tế	Mô hình Viện Gút — B.4
--------------------	--	------------------------

Vai trò người bệnh được định nghĩa như thế nào?	Guideline đơn bệnh (NICE NG56, KDIGO, ACR): người bệnh là đối tượng nhận can thiệp. NICE NG56 đề cập 'patient preferences' nhưng không có khung đo lường năng lực tham gia. [1], [2]	Cấu phần vận hành chủ động với tám điều kiện đủ có thể đo lường, phân loại và quản trị theo dọc — không phải điều kiện đầu vào tính. [8]
Đồng thuận quốc tế về chăm sóc tích hợp đa bệnh lý mạn tính có nêu gì?	WHO Framework on Integrated Care (2016), Valentijn et al. (2013) và ICARE4EU (2016) nhấn mạnh 'người bệnh là trung tâm' và 'self-management' nhưng chưa có khung vận hành đo lường năng lực tham gia trong bối cảnh đa bệnh lý nặng ở LMIC. [3], [4], [5]	B.4 cụ thể hoá 'người bệnh là trung tâm' thành tám điều kiện đo được, ba mức phân loại, quy trình onboarding và chu kỳ đánh giá hợp tác — vượt ra ngoài lời kêu gọi nguyên tắc. [8]
Mô hình phân mảnh / điều trị cắt ngang xử lý vai trò người bệnh thế nào?	Mỗi chuyên khoa đưa ra hướng dẫn riêng cho bệnh của mình — không ai điều phối. Người bệnh tự tổng hợp thông tin mâu thuẫn từ nhiều nguồn, không có ai đánh giá năng lực tham gia tổng thể. Hợp tác không được đo lường, không được quản trị. [6], [7]	Clinical Conductor là người duy nhất giữ trục dọc và đánh giá năng lực tham gia tổng thể. Hợp tác là chỉ số theo dọc được đo định kỳ — không phải lời hứa một lần. [8]
Điều kiện đủ được xây dựng hay chỉ được kỳ vọng?	Guideline kỳ vọng tuân thủ nhưng không có cơ chế xây dựng. Đồng thuận quốc tế đề xuất 'patient education' nhưng không chuẩn hoá quy trình kiểm tra năng lực thực thi. [1], [3]	Tập huấn có cấu trúc 4 nội dung lõi + kiểm tra năng lực thực thi + checklist 7 ngày + đánh giá lại sau 2–4 tuần — quy trình có thể lặp lại và kiểm chứng. [8]

Vị trí của B.4 trong chuỗi B.3 → B.4

Tài liệu B.3 định nghĩa điều kiện cần (HOW + DATA-to-operate của hệ thống) và điều kiện đủ ở cấp nguyên tắc — xác lập rằng thiếu điều kiện đủ từ phía người bệnh, cửa sổ cơ hội chỉ là khái niệm lý thuyết.

Tài liệu B.4 triển khai chi tiết toàn bộ lớp điều kiện đủ đó: tám điều kiện có thể đo lường, ba mức phân loại sẵn sàng, quy trình xây dựng năng lực, và khung quản trị hợp tác theo dọc. B.4 không lặp lại B.3 — B.4 là bản triển khai vận hành của điều kiện đủ mà B.3 đặt tên. [8]

3. Tám điều kiện đủ — hệ thống hoá năng lực tham gia của người bệnh

Viện Gút đã nghiên cứu và phát triển bộ tám điều kiện đủ này từ 18 năm quan sát lâm sàng có cấu trúc — không phải từ thiết kế lý thuyết hay mượn từ mô hình quản lý bệnh mạn tính đơn bệnh. Đây là hệ thống hoá năng lực tham gia của người bệnh trong bối cảnh đa bệnh lý mạn tính phức tạp tại ngoại trú tích hợp — một bối cảnh mà không có bất kỳ guideline đơn bệnh hoặc đồng thuận quốc tế hiện hành nào cung cấp khung tương đương. [8]

Tám điều kiện này không phải danh sách yêu cầu áp đặt từ bên ngoài — mà là tập hợp các năng lực có thể đo lường, có thể xây dựng, và phải được duy trì liên tục suốt quá trình điều trị. Khi được thỏa mãn đồng thời, chúng tạo ra 'năng lực tham gia' đủ để bốn mục tiêu kiểm chứng trên cơ quan đích của Mô hình Viện Gút (crystal-free, trì hoãn lọc thận, giảm mất bù tim mạch, tái bù xơ gan) trở thành khả thi trong thực địa — và có thể kiểm chứng đa trung tâm. [8]

	Điều kiện đủ	Bản chất cốt lõi
1	Mong muốn thật và cam kết mục tiêu dài hạn	Không phải ý định nhất thời — là quyết định chấp nhận hành trình theo pha, từ chối 'đốt pha', ưu tiên an toàn tạng sinh tồn trên tốc độ
2	Hiểu đúng để làm đúng	Năng lực hiểu tối thiểu 5 nguyên tắc vận hành + năng lực thực thi SOP đơn giản trong đời thực
3	Sắp xếp được nguồn lực	Thời gian – tài chính – di chuyển đủ để duy trì liên tục mà không đứt gãy giữa chừng

4	Năng lực tự theo dõi tại nhà và giao tiếp kịp thời	Theo dõi triệu chứng trọng yếu, sinh hiệu cơ bản, báo sớm khi vượt ngưỡng — không 'chịu thêm vài ngày'
5	Có hệ thống hỗ trợ khi không thể tự làm một mình	Người đồng hành thực chất, không chỉ là người đưa đón — đặc biệt bắt buộc với bệnh nhân đa bệnh nặng, lớn tuổi, đa thuốc
6	Hợp tác và tin cậy quy trình (Therapeutic Alliance)	Không chạy nhiều nơi theo cảm tính, khai báo đầy đủ thuốc/thảo dược, chấp nhận chuyển tuyến là bảo vệ — không phải thất bại
7	Tham gia tập huấn và giáo dục theo mô hình	Điều kiện đủ mang tính 'chốt cửa' — biến mong muốn thành năng lực thực thi qua 4 nội dung lõi bắt buộc
8	Hợp tác được kiểm tra, đánh giá và củng cố liên tục	Hợp tác là biến số động, không phải điều kiện tĩnh một lần — phải được quản trị như chỉ số theo dõi dọc suốt hành trình điều trị

Dưới đây là chi tiết từng điều kiện đủ theo format chuẩn: định nghĩa vận hành — dấu hiệu đạt — dấu hiệu chưa đủ.

Điều kiện đủ 1 ☉ Mong muốn thật và cam kết mục tiêu dài hạn

ĐỊNH NGHĨA VẬN HÀNH
Người bệnh chủ động muốn tham gia và hiểu rõ rằng đây không phải gói điều trị ngắn ngày, mà là hành trình theo pha có mục tiêu dài hạn. Cam kết này bao gồm: chấp nhận rằng 'đỡ triệu chứng' chỉ là pha khởi đầu; đồng ý với nguyên tắc an toàn tạng sinh tồn ưu tiên hơn tốc độ; và không đòi 'đốt pha' để đạt kết quả nhanh hơn thiết kế. [8]

✓ **DẤU HIỆU ĐẠT:**

- Đặt câu hỏi chủ động về mục tiêu theo từng pha
- Hiểu và chấp nhận rằng 'còn đau' trong pha đầu không có nghĩa là điều trị không hiệu quả
- Không áp lực đòi thay đổi kế hoạch khi chưa đủ thời gian đánh giá
- Chủ động trao đổi về mục tiêu dài hạn với Clinical Conductor

✗ **DẤU HIỆU CHƯA ĐỦ:**

- Muốn 'giảm đau ngay' hoặc 'đi nhanh' mà không quan tâm đến an toàn cơ quan
- Chỉ tham gia khi triệu chứng nặng, bỏ theo dõi khi bớt đau
- Tìm 'một toa thuốc' mà không chấp nhận quản trị dài hạn
- Thường xuyên so sánh với người khác và đòi thay đổi phác đồ theo kinh nghiệm truyền miệng

Điều kiện đủ 2 ☉ Hiểu đúng để làm đúng

ĐỊNH NGHĨA VẬN HÀNH
Năng lực hiểu tối thiểu nắm nguyên tắc vận hành bắt buộc của ngoại trú tích hợp, đủ để ra quyết định hành vi đúng trong đời thực — không phải hiểu lý thuyết y học, mà hiểu đủ để tự vận hành đúng theo kế hoạch điều trị. Song song đó là năng lực thực thi SOP đơn giản: uống thuốc đúng, ghi nhận dấu hiệu, đi xét nghiệm đúng mốc, phản hồi khi có cảnh báo. [8]

✓ **DẤU HIỆU ĐẠT:**

- Có thể giải thích được lý do tại sao cần theo dõi dọc theo xu hướng, không chỉ theo lát cắt xét nghiệm đơn lẻ
- Biết phân biệt đâu là dấu hiệu nguy hiểm cần báo ngay (red flag) và đâu là dao động bình thường
- Hiểu tại sao không được tự thêm/bớt thuốc dù triệu chứng có vẻ đỡ
- Hoàn thành được checklist 7 ngày trong pha đầu

✗ **DẤU HIỆU CHƯA ĐỦ:**

- Hiểu sai hoặc nghe theo kinh nghiệm truyền miệng thay vì quy trình mô hình
- 'Hiểu nhưng không làm' — biết nguyên tắc nhưng thường xuyên tự điều chỉnh
- Đảo kế hoạch theo cảm xúc hoặc theo lời khuyên từ bên ngoài mô hình
- Không nhận ra được các dấu hiệu cảnh báo của bệnh trực ưu tiên

Điều kiện đủ 3 ☉ Sắp xếp được nguồn lực

ĐỊNH NGHĨA VẬN HÀNH

Người bệnh có khả năng thực tế — không chỉ ý định — để duy trì liên tục kế hoạch điều trị về ba phương diện: thời gian (tái khám và xét nghiệm theo đúng nhịp phân tầng), tài chính (kế hoạch chi trả dài hạn không đứt gãy), và di chuyển (đến được cơ sở điều trị hoặc có phương án thay thế). Đây là điều kiện đủ mang tính 'hạ tầng' — khi thiếu, mọi điều kiện còn lại đều bị làm rỗng trong thực tế. [8]

✓ **DẤU HIỆU ĐẠT:**

- Xác nhận được lịch tái khám theo nhịp phân tầng Pha 1 (thường dày hơn pha ổn định)
- Có kế hoạch tài chính rõ ràng cho ít nhất 3–6 tháng điều trị đầu
- Có phương tiện di chuyển hoặc người hỗ trợ di chuyển trong trường hợp khó khăn
- Không có rào cản địa lý hoặc nghề nghiệp làm đứt gãy nhịp theo dõi

✗ **DẤU HIỆU CHƯA ĐỦ:**

- Bỏ theo dõi khi bớt triệu chứng và quay lại khi đã nặng hơn
- Điều trị 'đứt khúc' vì lý do tài chính — không thông báo cho hệ thống để điều chỉnh
- Không có ai hỗ trợ di chuyển trong khi bản thân không thể tự đi
- Xét nghiệm sai địa điểm hoặc sai thời điểm do không sắp xếp được lịch

Điều kiện đủ 4 ☉ Năng lực tự theo dõi tại nhà và giao tiếp kịp thời

ĐỊNH NGHĨA VẬN HÀNH

Khả năng theo dõi tối thiểu các dấu hiệu trọng yếu theo bệnh trực ưu tiên tại nhà — và quan trọng hơn, khả năng nhận ra khi nào cần báo sớm để kích hoạt can thiệp. Khoảng giữa hai lần tái khám là 'vùng trách nhiệm chia sẻ': mô hình thiết kế ngưỡng hành động và SLA, người bệnh giám sát và phát tín hiệu đúng lúc. Nếu người bệnh không đủ năng lực này, khoảng giữa tái khám trở thành 'vùng mù thứ cấp'. [3], [8]

✓ **DẤU HIỆU ĐẠT:**

- Nhận diện được triệu chứng trọng yếu theo từng bệnh trực: khó thở, phù, tiểu ít, rối loạn tri giác, đau tăng nhanh, sốt
- Biết theo dõi sinh hiệu cơ bản khi được yêu cầu: huyết áp, mạch, cân nặng, lượng nước vào/ra
- Báo ngay trong vòng 24 giờ khi xuất hiện dấu hiệu vượt ngưỡng — không 'chờ thêm vài ngày'
- Có kênh liên lạc rõ ràng với mô hình và biết cách kích hoạt kênh khẩn cấp

✗ **DẤU HIỆU CHƯA ĐỦ:**

- Ngại báo hoặc cảm thấy 'làm phiền' khi có dấu hiệu — để đến khi vượt ngưỡng ngoại trú
- Không phân biệt được mức độ nghiêm trọng, coi mọi thay đổi nhỏ là bình thường
- Không có thiết bị tối thiểu (nhiệt kế, máy đo huyết áp) khi bệnh trực yêu cầu theo dõi sinh hiệu
- Liên lạc sai kênh hoặc quá muộn, làm mất thời gian can thiệp

Điều kiện đủ 5 ☉ Có hệ thống hỗ trợ khi người bệnh không thể tự làm một mình

ĐỊNH NGHĨA VẬN HÀNH

Với bệnh nhân đa bệnh lý nặng, lớn tuổi, giảm nhận thức, giảm thị lực, hoặc đang quản lý từ 7 loại thuốc trở lên — không phải là lựa chọn mà là yêu cầu bắt buộc: phải có người đồng hành thực chất. Người hỗ trợ không phải người đưa đi tái khám — mà là người đồng vận hành kế hoạch điều trị tại nhà. [8]

✓ **DẤU HIỆU ĐẠT:**

- Người hỗ trợ hiểu lịch và mục tiêu điều trị theo từng pha — không chỉ biết tên thuốc
- Người hỗ trợ có thể quản lý thuốc: tránh nhầm liều, nhầm giờ, phát hiện thiếu thuốc
- Người hỗ trợ chủ động theo dõi dấu hiệu cảnh báo độc lập với người bệnh
- Người hỗ trợ có khả năng liên lạc khẩn cấp với mô hình và có thể đưa bệnh nhân đến khám kịp thời

✗ **DẤU HIỆU CHƯA ĐỦ:**

- Người bệnh 'một mình xoay sở' với kế hoạch quá phức tạp — nguy cơ sai thuốc cao
- Người hỗ trợ chỉ đưa đi khám mà không nắm kế hoạch — cắt đứt liên tục giữa tái khám
- Người hỗ trợ thay đổi liên tục (mỗi lần khác nhau) — không có ai nắm toàn bộ hành trình
- Không có ai ở nhà trong các đêm/ngày cuối tuần khi bệnh nhân có nguy cơ biến cố

Phân loại mức độ cần hỗ trợ theo bệnh nhân

Không phải mọi bệnh nhân đều cần người hỗ trợ ở cùng mức độ. Mô hình Viện Gút phân loại theo ba mức căn cứ trên đặc điểm lâm sàng và phân tầng rủi ro:

Mức	Đặc điểm bệnh nhân	Yêu cầu hỗ trợ
Hỗ trợ tối thiểu	Còn tự chủ hoàn toàn, đa thuốc ≤ 5 loại, không giảm nhận thức, vùng xanh hoặc vàng ổn định	Người thân biết kế hoạch cơ bản và có thể liên lạc khẩn khi cần — không cần đồng hành thường xuyên
Hỗ trợ thường xuyên	Đa thuốc 6–10 loại, hoặc có một bệnh trực nặng, hoặc vùng vàng — giảm nhận thức nhẹ/trung bình	Người hỗ trợ cố định đồng hành ít nhất mỗi lần tái khám và giám sát thuốc hàng ngày
Hỗ trợ bắt buộc toàn thời gian	Đa thuốc > 10 loại, vùng đỏ, giảm nhận thức đáng kể, suy đa tạng, Pha 1 tích cực	Người đồng hành chuyên trách: hiểu đầy đủ kế hoạch, quản lý thuốc, theo dõi sinh hiệu, là cầu nối chính với mô hình

Vai trò người hỗ trợ trong hệ thống vận hành

Người hỗ trợ không phải nhân vật ngoài hệ thống — họ là một phần của lớp điều kiện đủ. Mô hình Viện Gút cần ghi nhận thông tin người hỗ trợ từ buổi khám đầu tiên, đưa họ vào quy trình onboarding, và cập nhật kế hoạch khi người hỗ trợ thay đổi. Mất người hỗ trợ mà không cập nhật lại đánh giá điều kiện đủ là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất gây đứt gãy theo dõi dọc tại bệnh nhân mức B và C. [8]

Điều kiện đủ 6 ☉ Hợp tác và tin cậy quy trình (Therapeutic Alliance)

ĐỊNH NGHĨA VẬN HÀNH

Người bệnh đồng ý và cam kết rằng chăm sóc tích hợp là 'đội chăm sóc – một kế hoạch thống nhất': không chạy nhiều nơi theo cảm tính, không tự trộn đơn, khai báo đầy đủ tất cả thuốc đang dùng bao gồm thảo dược và thực phẩm bổ sung. Đặc biệt: tôn trọng cơ chế an toàn — khi được yêu cầu chuyển tuyến theo kịch bản, phải xem đó là bảo vệ, không phải thất bại. [8]

✓ DẤU HIỆU ĐẠT:

- Khai báo đầy đủ và trung thực về toàn bộ thuốc đang dùng kể cả thảo dược, thực phẩm bổ sung, thuốc dân gian
- Không đồng thời điều trị song song ở cơ sở khác mà không thông báo
- Chấp nhận giải thích tại sao một số thuốc bệnh nhân 'tin' phải được tạm dừng vì lý do an toàn
- Hiểu và chấp nhận kịch bản chuyển tuyến như một cơ chế bảo vệ

✗ DẤU HIỆU CHƯA ĐỦ:

- Giấu thuốc đang dùng vì sợ bị cấm hoặc bị phán xét
- Đồng thời điều trị ở nhiều nơi và không tiết lộ với mô hình
- Từ chối chuyển tuyến khi có chỉ định vì 'không muốn nhập viện'
- Nghe theo lời khuyên từ người thân hoặc mạng xã hội và thay đổi thuốc mà không báo

4. Ba mức phân loại và tiêu chí đánh giá nhanh

Trước khi chính thức nhận bệnh nhân vào chăm sóc tích hợp, Mô hình Viện Gút đánh giá tổng thể tám điều kiện đủ và phân loại bệnh nhân vào một trong ba mức. Phân loại này không phải nhãn cố định — mà là điểm xuất phát để thiết kế onboarding phù hợp.

Mức	Tiêu chí	Hành động của mô hình
MỨC A	Đủ cam kết + đủ hiểu tối thiểu + đủ nguồn	Xác nhận kế hoạch và cam kết điều trị tích

Đủ điều kiện tham gia ngay	lực + có hỗ trợ phù hợp + hợp tác tốt + đạt tập huấn + chấp nhận kiểm tra liên tục. <i>Không cần onboarding dài; có thể vào Pha 1 (Ổn định cấp) ngay sau buổi 0.</i>	hợp. Thiết lập nhịp kiểm tra hợp tác 2–4 tuần đầu.
MỨC B Tham gia nhưng bắt buộc bổ sung	Thiếu 1–2 cấu phần: hiểu chưa đủ, lịch chưa ổn định, kỹ năng tự theo dõi còn yếu, chưa có người hỗ trợ phù hợp. <i>Còn tiềm năng đáp ứng sau onboarding có cấu trúc.</i>	Buổi 0 + tập huấn bắt buộc + checklist 7 ngày. Đánh giá lại sau 2–4 tuần — nếu đạt thì chuyển lên mức A; nếu không đạt thì xuống mức C tạm thời.
MỨC C Tạm hoãn hoặc chuyển tuyến	Không cam kết, không hợp tác, không bảo đảm liên tục, từ chối tập huấn, từ chối kiểm tra định kỳ, hoặc hoàn toàn không có hệ thống hỗ trợ khi cần thiết. <i>Không phải thiếu ý chí — có thể là hoàn cảnh khách quan chưa cho phép.</i>	Không bắt đầu ngoại trú tích hợp. Tùy tình trạng: giới thiệu hỗ trợ xã hội, chuyển tuyến phù hợp, hoặc hẹn đánh giá lại khi hoàn cảnh thay đổi.

Lưu ý quan trọng về phân loại

Phân loại mức A/B/C không phải nhận định về giá trị hay thái độ của người bệnh — mà là đánh giá năng lực vận hành tại một thời điểm cụ thể. Một bệnh nhân mức C hôm nay có thể trở thành mức A sau 4 tuần khi onboarding đúng cách. Ngược lại, một bệnh nhân mức A có thể tụt xuống mức B sau biến cố nếu không được đánh giá lại kịp thời.

Đây là lý do tại sao phân loại phải là biến số theo dõi dọc, không phải nhãn một lần gán vào từ đầu.

5. Giáo dục có cấu trúc — Buổi 0 và tập huấn bắt buộc

Điều kiện đủ số 7 là 'chốt cửa': không có tập huấn có cấu trúc, mong muốn và cam kết của người bệnh không thể chuyển thành năng lực thực thi trong đời thực. Đây là sự khác biệt giữa 'bệnh nhân đồng ý điều trị' và 'bệnh nhân đủ năng lực tham gia mô hình'. [8], [15]

5.1 Bốn nội dung lõi bắt buộc

	Nội dung	Mục tiêu vận hành
1	Mô hình và mục tiêu theo pha	Người bệnh biết mình đang ở pha nào, mục tiêu của pha đó là gì, và tại sao không thể 'đốt pha'. Hiểu rõ khái niệm 'cửa sổ cơ hội' theo ngôn ngữ bệnh nhân.
2	Kỹ năng theo dõi tại nhà và phản hồi	Thực hành nhận diện red flag theo từng bệnh trực, thực hành checklist theo dõi 7 ngày, biết cách liên hệ khẩn cấp đúng kênh và đúng thời điểm.
3	Kỷ luật thuốc và an toàn	Không tự ý điều chỉnh, khai báo đầy đủ, hiểu tại sao đơn thuốc phải đồng bộ giữa các trực bệnh, hiểu nguy cơ thực của tương tác thuốc trong bối cảnh đa bệnh.
4	Kỷ luật dữ liệu và lịch theo dõi	Đúng mốc xét nghiệm, chuẩn hoá hồ sơ mang đến khám, hiểu vai trò của dữ liệu xu hướng và tại sao quyết định lâm sàng cần chuỗi số liệu — không phải một lần đo duy nhất.

5.2 Tiêu chí tối thiểu sau tập huấn

Tiêu chí	Cách kiểm tra	Ngưỡng chấp nhận
Thực hành được checklist 7 ngày	Nộp lại checklist đã điền sau 7 ngày đầu	Hoàn thành $\geq 5/7$ ngày, không sai ≥ 2 mục quan trọng

Trả lời được câu hỏi kiểm tra hiểu biết	Bộ câu hỏi chuẩn 10 mục về 4 nội dung lõi	Đạt $\geq 7/10$, không sai bất kỳ câu nào về red flag và thuốc
Tuân thủ lịch theo dõi trong 2–4 tuần đầu	Theo dõi lịch tái khám và xét nghiệm thực tế	Đúng hẹn $\geq 80\%$, liên lạc trước nếu phải thay đổi

5.3 Quy trình ba bước để 'làm đủ điều kiện' (biến mức B thành mức A)

	Bước	Nội dung và mục tiêu
1	Phòng vấn định hướng	10–15 phút đầu buổi khám đầu tiên: xác định kỳ vọng thực tế, rà soát nguồn lực và người hỗ trợ, dự báo rủi ro hợp tác. Kết quả: xác định mức A/B/C và thiết kế onboarding phù hợp.
2	Buổi 0 + tập huấn bắt buộc	Dạy 4 nội dung lõi, thiết kế lịch tối giản phù hợp nguồn lực thực tế, bàn giao checklist 7 ngày. Bao gồm cả người hỗ trợ nếu bệnh nhân thuộc mức B/C. Kết quả: người bệnh có kiến thức vận hành tối thiểu và công cụ theo dõi ban đầu.
3	Cam kết điều trị tích hợp	Thống nhất kế hoạch điều trị Pha 1 (Ổn định cấp), cam kết kỷ luật thuốc và báo cáo red flag, đồng thuận quy trình xử lý biến cố bao gồm kịch bản kích hoạt van an toàn. Kết quả: người bệnh hiểu rõ 'mình đang đồng ý với cái gì' — không phải ký tên vào mẫu không đọc.

6. Hợp tác như chỉ số vận hành — theo dõi dọc và quản trị liên tục

Tuyên ngôn học thuật Trong y học lâm sàng thông thường, 'sự hợp tác của bệnh nhân' được xem như một điều kiện đầu vào — có hoặc không có — và thường không được đo lường, không được quản trị, không được tái đánh giá. Đây là một trong những khoảng trống lớn nhất trong mô hình chăm sóc bệnh mạn tính toàn cầu. Mô hình Viện Gút đề xuất một khung khác: hợp tác là biến số động, thay đổi theo bệnh cảnh, theo gánh nặng điều trị, theo áp lực cuộc sống, và theo hiệu ứng tâm lý 'đỡ rồi bỏ'. Nếu không được đo lường và quản trị theo dọc, mức hợp tác sẽ tự nhiên suy giảm — không phải vì người bệnh xấu, mà vì đây là quy luật sinh học và tâm lý của bệnh mạn tính. Tuyên ngôn: Hợp tác không phải một lần 'đồng ý', mà là một năng lực phải được đo – kiểm – củng cố liên tục như một chỉ số vận hành của mô hình. [8], [16], [17]

6.1 Bốn lớp hợp tác cần theo dõi

	Lớp hợp tác	Biểu hiện cụ thể	Hậu quả khi suy giảm
1	Lịch và dữ liệu	Đúng hẹn tái khám, đúng mốc xét nghiệm, gửi dữ liệu theo yêu cầu, hồ sơ đầy đủ	DATA-to-operate bị khuyết — quyết định lâm sàng dựa trên dữ liệu không đại diện
2	Thuốc và an toàn	Uống đúng giờ/liều, không tự điều chỉnh, khai báo trung thực mọi loại đang dùng	Tương tác thuốc không được kiểm soát; quyết định điều chỉnh thuốc dựa trên bức tranh sai
3	Hành vi và lối sống	Tuân thủ chế độ dinh dưỡng, vận động, kiêng cử theo bệnh trực — không 'tắt' sau 2–3 tuần	Kết quả điều trị bị sói mòn từ từ — khó phát hiện qua xét nghiệm cho đến khi quá muộn
4	Xử lý rủi ro	Báo sớm cảnh báo, chấp nhận điều chỉnh kế hoạch, chấp nhận chuyển tuyến/tái tích	Van an toàn bị kích hoạt trễ hoặc bị từ chối — tăng nguy

	hợp	cơ biến cố nghiêm trọng
--	-----	-------------------------

6.2 Chu kỳ đánh giá và cơ chế phản hồi

Thời điểm	Nội dung đánh giá	Hành động theo kết quả
2–4 tuần đầu	Kiểm tra dày: checklist 7 ngày, nhíp tái khám, mức hiểu biết sau tập huấn. Phát hiện rủi ro hợp tác sớm.	Nếu đạt: xác nhận mức A và thiết lập nhíp theo dõi chuẩn. Nếu chưa đạt: tăng hỗ trợ, onboarding bổ sung.
2–3 tháng	Đánh giá ổn định 4 lớp hợp tác, xác nhận nguồn lực vẫn còn đủ, kiểm tra người hỗ trợ vẫn đồng hành.	Nếu ổn định: củng cố kỷ luật, chuyển sang nhíp đánh giá giãn hơn. Nếu suy giảm: kích hoạt onboarding lại.
Sau biến cố	Đánh giá lại như 'tái khởi động': kiểm tra toàn bộ 4 lớp, xác định nguyên nhân suy giảm, kiểm tra lại mức phân loại.	Thiết lập lại cam kết, điều chỉnh kế hoạch phù hợp thực tế sau biến cố, bổ sung hỗ trợ nếu cần.
Khi phát hiện suy giảm	Kích hoạt quy trình 'onboarding lại': phỏng vấn nhanh để xác định lớp nào đang suy giảm và nguyên nhân.	Tập trung can thiệp đúng lớp: nếu lớp dữ liệu → nhắc nhở và đơn giản hoá. Nếu lớp thuốc → rà soát lại với người hỗ trợ. Nếu lớp hành vi → cân nhắc tư vấn tâm lý hành vi.

Khi chuẩn hoá 'đo hợp tác + củng cố hợp tác'

Mô hình sẽ giảm đứt gãy theo dõi dọc — vì phát hiện suy giảm hợp tác trước khi nó trở thành bỏ điều trị.

Mô hình sẽ giảm sai thuốc tích lũy — vì lớp hợp tác thuốc được kiểm tra định kỳ, không phải chờ biến cố mới phát hiện.

Mô hình sẽ giảm bỏ sót red flag — vì lớp hợp tác xử lý rủi ro được củng cố liên tục, không mất dần theo thời gian.

Mô hình sẽ tăng bền vững kết quả dài hạn — vì hợp tác được duy trì như một chỉ số vận hành, không phải lời hứa đầu vào. [8], [16], [17]

7. So sánh với mô hình điều trị phân mảnh

Tiêu chí	Mô hình phân mảnh	Mô hình Viện Gút
Định nghĩa vai trò người bệnh	Đối tượng thụ động nhận đơn thuốc và hướng dẫn. [13]	Cấu phần vận hành chủ động — có tám điều kiện đủ có thể đo lường và quản trị
Đánh giá năng lực tham gia	Không có — chỉ hỏi 'bệnh nhân có đồng ý không?'. [14]	Phỏng vấn định hướng + đánh giá 8 điều kiện đủ + phân loại A/B/C trước khi bắt đầu
Giáo dục bệnh nhân	Tờ hướng dẫn, lời dặn dò cuối buổi khám — không kiểm tra tiếp thu. [15]	Tập huấn có cấu trúc 4 nội dung lõi + kiểm tra năng lực thực thi + checklist 7 ngày
Vai trò gia đình	Không chính thức — 'người đưa đi khám'. [13]	Được phân tầng theo mức hỗ trợ (tối thiểu / thường xuyên / bắt buộc toàn thời gian) và tích hợp vào onboarding
Quản trị hợp tác	Không tồn tại như một quy trình — phát hiện suy giảm khi đã thành bỏ điều trị. [16], [17]	Bốn lớp hợp tác, bốn chu kỳ đánh giá, cơ chế onboarding lại — hợp tác là chỉ số theo dõi dọc
Kết quả quan sát	Tuân thủ suy giảm không kiểm soát; red flag bị bỏ lỡ; điều trị đứt gãy; bệnh nhân quay lại ở pha nặng hơn. [1], [2]	Phát hiện suy giảm hợp tác sớm; giảm đứt gãy theo dõi dọc; kết quả dài hạn bền vững hơn. [8]

7.1 Kết quả thực hành — bốn mục tiêu kiểm chứng và vai trò điều kiện đủ

Mô hình Viện Gút theo đuổi bốn mục tiêu kiểm chứng trên cơ quan đích qua 18 năm thực hành tích hợp. Điều quan sát được nhất quán là: kết quả đạt được hay không đạt được không chỉ phụ thuộc vào HOW của hệ thống — mà phụ thuộc đồng thời vào việc điều kiện đủ phía người bệnh có được thỏa mãn hay không. Bảng dưới đây tổng hợp mối liên hệ đó. [8]

Mục tiêu kiểm chứng	Điều kiện đủ then chốt từ phía người bệnh	Quan sát thực hành tại Viện Gút (2007–2025)
Đích 1 — Crystal-free (Khớp/Gân — OMERACT, DECT, X-quang)	Kỷ luật urate-lowering therapy dài hạn (ĐK 2); tuân thủ chế độ ăn và kiêng cử (ĐK 8); báo sớm cơn gút cấp (ĐK 4)	Bệnh nhân đạt crystal-free và duy trì bền vững chỉ khi ĐK 1–4 và ĐK 6 đồng thời được duy trì liên tục — không đứt gãy sau khi hết triệu chứng. [8]
Đích 2 — Trì hoãn lọc thận (Nhu mô thận/eGFR — Siêu âm, elastography)	Theo dõi eGFR đúng mốc (ĐK 2, ĐK 4); kiểm soát đa thuốc nghiêm ngặt (ĐK 6); hệ thống hỗ trợ bắt buộc khi suy thận nặng (ĐK 5); chấp nhận van an toàn (ĐK 6)	Trì hoãn lọc thận nhiều tháng đến nhiều năm được quan sát ở bệnh nhân CKD G4–G5 khi đủ cả 8 điều kiện đồng thời — thất bại xảy ra chủ yếu ở ĐK 3 (đứt gãy tài chính) và ĐK 4 (báo trễ biến cố). [8]
Đích 3 — Giảm mất bù tim mạch (Cơ tim/Mạch máu — EF, Troponin hs, NT-proBNP)	Theo dõi cân nặng và phù hàng ngày (ĐK 4); không tự điều chỉnh thuốc lợi tiểu (ĐK 2, ĐK 6); báo ngay dấu hiệu mất bù sớm (ĐK 4); người hỗ trợ giám sát sinh hiệu tại nhà (ĐK 5)	Giảm tái nhập viện do mất bù tim mạch quan sát rõ nhất ở nhóm có người hỗ trợ đồng hành thực chất (ĐK 5 mức bắt buộc) và hợp tác lớp xử lý rủi ro ổn định (ĐK 8 lớp 4). [8]
Đích 4 — Tái bù xơ gan (Nhu mô gan — FibroScan, albumin, PT-INR)	Tránh tuyệt đối rượu và thuốc hepatotoxic (ĐK 2, ĐK 6); dinh dưỡng và bổ sung albumin đúng hướng dẫn (ĐK 8 lớp 3); báo sớm cổ trướng tái phát hoặc dấu hiệu TIPS (ĐK 4); người hỗ trợ theo dõi tại nhà (ĐK 5)	Tái bù và kéo dài recompensation quan sát được ở bệnh nhân Child-Pugh B khi ĐK 2, 4, 5, 6 đồng thời ổn định. Mất recompensation liên quan rõ nhất đến lớp hợp tác thuốc và hành vi suy giảm không được phát hiện kịp. [8]

Kêu gọi kiểm chứng đa trung tâm

Các kết quả thực hành trên là quan sát lâm sàng có cấu trúc từ đơn trung tâm — chưa phải bằng chứng đối chứng ngẫu nhiên. Mô hình Viện Gút kêu gọi kiểm chứng đa trung tâm với giả thuyết cụ thể:

H1: Khi tám điều kiện đủ được đánh giá chuẩn hoá và đạt mức A trước khi bắt đầu điều trị tích hợp, tỷ lệ đạt bốn mục tiêu kiểm chứng trên cơ quan đích cao hơn có ý nghĩa so với nhóm bệnh nhân không được đánh giá điều kiện đủ.

H2: Khi hợp tác được quản trị như chỉ số theo dọc (điều kiện đủ 8), tỷ lệ đứt gãy theo dõi dọc thấp hơn và kết quả dài hạn bền vững hơn so với nhóm chăm sóc thông thường.

Đây là hai giả thuyết kiểm chứng được — có thể thiết kế cohort study hoặc stepped-wedge RCT tại các phòng khám ngoại trú chăm sóc đa bệnh lý mạn tính tại LMIC. [8]

8. Điều kiện đủ 7 và 8 — từ mong muốn đến năng lực, từ cam kết đến chỉ số

Hai điều kiện đủ còn lại được trình bày tại đây sau phần so sánh vì chúng phụ thuộc trực tiếp vào khung quản trị hợp tác đã xây dựng ở mục 6 — đọc riêng lẻ sẽ mất đi nền tảng lý luận.

Điều kiện đủ 7 ☉ Tham gia tập huấn và giáo dục theo mô hình

ĐỊNH NGHĨA VẬN HÀNH

Điều kiện đủ mang tính 'chốt cửa': không có tập huấn có cấu trúc, không thể chuyển mong muốn thành năng lực thực thi. Đây là bước biến người bệnh từ người 'đồng ý tham gia' thành người 'có thể tham gia'. Tập huấn

không phải một lần, mà được tái thiết kế sau mỗi pha chuyển tiếp quan trọng trong hành trình điều trị. [8], [15]

✓ **DẤU HIỆU ĐẠT:**

- Hoàn thành buổi 0 và tập huấn bắt buộc bao gồm cả người hỗ trợ nếu cần
- Đạt tiêu chí tối thiểu sau tập huấn: checklist 7 ngày, kiểm tra hiểu biết, nhịp 2–4 tuần đầu
- Chủ động đặt câu hỏi trong tập huấn — dấu hiệu của mong muốn hiểu thật sự
- Tham gia tập huấn bổ sung khi được yêu cầu sau biến cố hoặc khi vào pha mới

✗ **DẤU HIỆU CHƯA ĐỦ:**

- Bỏ qua buổi 0 vì 'bận' hoặc 'biết rồi' mà không qua đánh giá
- Không đạt tiêu chí sau 2 chu kỳ onboarding — cần đánh giá lại phân loại
- Người hỗ trợ không tham gia tập huấn trong khi bệnh nhân cần hỗ trợ mức B/C
- Từ chối tập huấn lại sau biến cố nghiêm trọng

Điều kiện đủ 8 ☉ Hợp tác được kiểm tra, đánh giá và củng cố liên tục

ĐỊNH NGHĨA VẬN HÀNH

Điều kiện đủ mang tính bảo trì hệ thống: không phải thiết lập một lần mà duy trì liên tục. Hợp tác là biến số động — thay đổi theo bệnh cảnh, theo gánh nặng điều trị, theo áp lực sống, và theo hiệu ứng tâm lý 'đỡ rồi bỏ'. Đây là điều kiện đủ duy nhất trong tám điều kiện có tính chất tuần tự theo dõi dọc — tồn tại xuyên suốt mọi pha, không có điểm 'hoàn thành'. [8], [16], [17]

✓ **DẤU HIỆU ĐẠT:**

- Chấp nhận và tham gia các chu kỳ đánh giá hợp tác định kỳ — không phản đối
- Tự báo cáo khi cảm thấy 'đang khó duy trì' trước khi thực sự suy giảm
- Tham gia onboarding lại sau biến cố mà không bị coi là 'bắt đầu lại từ đầu'
- Người hỗ trợ cũng tham gia chu kỳ đánh giá khi bệnh nhân thuộc mức hỗ trợ thường xuyên hoặc bắt buộc

✗ **DẤU HIỆU CHƯA ĐỦ:**

- Phản đối hoặc né tránh chu kỳ đánh giá hợp tác
- Che giấu suy giảm hợp tác (sai thuốc, bỏ hẹn) vì sợ bị 'phê bình'
- Từ chối onboarding lại sau biến cố
- Không thông báo khi người hỗ trợ thay đổi hoặc không còn có thể đồng hành

9. DATA-to-operate — hệ thống dữ liệu vận hành hỗ trợ Bác sĩ nhạc trưởng lâm sàng và ê-kíp đa ngành trong việc nâng cao năng lực tham gia của người bệnh

Trong Mô hình Viện Gút, 'năng lực tham gia' của người bệnh không phải thứ chỉ bác sĩ điều trị theo dõi đơn độc — mà là đầu ra chung của một ê-kíp đa ngành (MDT) phối hợp theo trục dọc, dưới sự điều phối của Clinical Conductor (Bác sĩ nhạc trưởng lâm sàng). DATA-to-operate là hệ thống dữ liệu vận hành làm cho sự phối hợp đó trở nên khả thi, nhất quán và có thể kiểm toán. [8], [10]

Không có DATA-to-operate, ê-kíp MDT chỉ là tập hợp chuyên gia ngồi cùng nhau — mỗi người nhìn một bộ phận, không ai nhìn được bức tranh toàn trục dọc của người bệnh. Không ai biết điều kiện đủ nào đang suy giảm, không ai biết bệnh nhân đang ở mức A hay đã tụt về mức B, không ai biết lớp hợp tác nào đang rạn nứt. DATA-to-operate biến thông tin rời rạc thành tín hiệu vận hành — để mỗi thành viên MDT hành động đúng vai trò và đúng thời điểm. [8]

9.1 Cấu trúc DATA-to-operate theo trục năng lực tham gia

Nhóm dữ liệu	Nội dung theo dõi	Tín hiệu vận hành cho MDT
Dữ liệu nền — phân loại đầu vào	Kết quả phỏng vấn định hướng, mức phân loại A/B/C ban đầu, bản cam kết điều trị tích hợp, hồ sơ người hỗ trợ, đánh giá tám điều kiện đủ từng điều kiện.	Clinical Conductor biết từ buổi đầu: ai cần onboarding tăng cường, ai cần kích hoạt người hỗ trợ, ai cần giám sát dày trong 2–4 tuần đầu. MDT nhận biết ngữ cảnh trước khi tiếp xúc bệnh nhân.

Dữ liệu theo dõi dọc — hợp tác	Nhịp tái khám có/không đúng hẹn, kết quả xét nghiệm đúng/sai mốc, báo cáo checklist tuần/tháng, lớp hợp tác nào ổn định / đang suy giảm, biến cố đã xảy ra.	Bác sĩ nhạc trưởng nhận tín hiệu: ai đang trượt từ mức A về mức B, lớp nào cần can thiệp ngay. Nhân viên đào tạo — truyền thông biết khi nào cần nhắc nhở chủ động thay vì chờ bệnh nhân hỏi.
Dữ liệu lâm sàng — bốn trục bệnh	Chuỗi eGFR theo thời gian, EF theo pha, uric acid theo tháng, chỉ số gan theo chu kỳ, danh sách thuốc toàn trục được cập nhật liên tục.	Bác sĩ chẩn đoán hình ảnh nhận yêu cầu đúng mốc với đủ ngữ cảnh lâm sàng; được sĩ theo dõi đa thuốc và cập nhật tương tác ngay khi có thay đổi trục bệnh.
Dữ liệu đào tạo — năng lực người bệnh	Kết quả kiểm tra 4 nội dung lõi, điểm checklist 7 ngày, lịch sử tập huấn và tập huấn lại, mục nào người bệnh hiểu sai hoặc hay quên.	Nhân viên chăm sóc — truyền thông — đào tạo biết cần nhấn mạnh nội dung nào khi gặp lại bệnh nhân; không lặp lại những gì đã đủ, không bỏ qua những gì còn yếu.

9.2 Vai trò từng thành viên MDT trong việc nâng cao điều kiện đủ

Thành viên MDT	Điều kiện đủ trực tiếp chịu trách nhiệm	Hành động vận hành cụ thể
Clinical Conductor <i>Bác sĩ nhạc trưởng lâm sàng</i>	ĐK 1 — Cam kết; ĐK 6 — Therapeutic Alliance; ĐK 8 — quản trị hợp tác liên tục. Điều phối toàn trục dọc.	Phỏng vấn định hướng đầu vào; phân loại A/B/C; điều phối Buổi 0; nhận tín hiệu DATA-to-operate về suy giảm hợp tác; kích hoạt onboarding lại khi cần; quyết định kích hoạt van an toàn.
Dược sĩ lâm sàng <i>Clinical Pharmacist</i>	ĐK 2 — hiểu đúng về đa thuốc; ĐK 6 — khai báo trung thực thuốc đang dùng; ĐK 8 lớp 2 — hợp tác thuốc bền vững.	Xây dựng danh sách thuốc toàn trục cập nhật liên tục trong DATA-to-operate; rà soát tương tác khi thay đổi phác đồ; tham gia tập huấn nội dung 'kỷ luật thuốc'; cảnh báo sớm tương tác nguy hiểm.
Bác sĩ chẩn đoán hình ảnh <i>Radiologist / Sonographer</i>	ĐK 4 — theo dõi dọc cơ quan đích có thể đo lường; hỗ trợ DATA-to-operate với dữ liệu hình ảnh chuẩn hoá theo mốc.	Thực hiện xét nghiệm hình ảnh đúng mốc phân tầng (không sớm quá, không muộn quá); báo cáo theo template chuẩn hoá tích hợp vào chuỗi xu hướng; giải thích kết quả theo ngôn ngữ mà Bác sĩ nhạc trưởng có thể đưa vào quyết định lâm sàng ngay.
Nhân viên chăm sóc — truyền thông — đào tạo <i>Care Navigator / Health Educator</i>	ĐK 2 — hiểu đúng để làm đúng; ĐK 7 — tập huấn có cấu trúc; ĐK 8 lớp 3 — hành vi và lối sống duy trì bền vững.	Triển khai Buổi 0 và tập huấn 4 nội dung lõi; kiểm tra checklist 7 ngày; nhắc nhở chủ động dựa trên DATA-to-operate khi phát hiện suy giảm lớp hành vi; liên lạc nhắc nhở khi bệnh nhân vắng hẹn; hỗ trợ người thân đồng hành học cùng.
Điều dưỡng / Nhân viên hành chính y tế <i>Nurse / Administrative Staff</i>	ĐK 3 — sắp xếp nguồn lực; ĐK 4 — giao tiếp kịp thời; ĐK 5 — liên hệ hệ thống hỗ trợ.	Quản lý lịch tái khám và xét nghiệm theo phân tầng; nhập dữ liệu đúng mốc vào DATA-to-operate; xác nhận người hỗ trợ bệnh nhân trước mỗi pha chuyển tiếp; kích hoạt kênh liên lạc khẩn khi bệnh nhân báo dấu hiệu cảnh báo.

9.3 Vòng phản hồi kép — DATA-to-operate làm cho MDT và người bệnh cùng tiến bộ

Vòng phản hồi kép trong Mô hình Viện Gút Vòng 1 — MDT nhìn vào người bệnh: DATA-to-operate cung cấp tín hiệu thực thời về mức hợp tác, năng lực tham gia và xu hướng bệnh học → MDT hành động đúng vai, đúng thời điểm, không chờ đến khi biến cố xảy
--

ra.

Vòng 2 — Người bệnh nhìn vào chính mình: DATA-to-operate được chia sẻ lại với bệnh nhân theo ngôn ngữ phù hợp (xu hướng uric acid, xu hướng eGFR, lịch sử hợp tác) → bệnh nhân thấy được sự tiến bộ của chính mình → tăng động lực duy trì điều kiện đủ.

Khi hai vòng phản hồi này vận hành đồng thời, DATA-to-operate không chỉ là hệ thống hồ sơ bệnh án — mà trở thành công cụ tạo năng lực: tạo năng lực cho MDT ra quyết định đúng và tạo năng lực tham gia cho người bệnh duy trì bền vững. [8], [10]

DATA-to-operate trong điều kiện LMIC — nguyên tắc tối giản nhưng đầy đủ

Mô hình Viện Gút nhận thức rõ rằng không phải mọi cơ sở điều trị LMIC đều có hệ thống thông tin y tế (HIS) phức tạp. DATA-to-operate theo nguyên tắc 'tối giản nhưng đầy đủ': có thể vận hành trên phần mềm đơn giản, bảng tính chuẩn hoá, hoặc thậm chí hồ sơ giấy có cấu trúc — miễn là dữ liệu được thu thập đủ bốn nhóm nêu trên, được cập nhật đúng mốc, và được đọc bởi đúng thành viên MDT đúng vai trò. [8]

Tính khả thi trong bối cảnh LMIC chính là một trong những cơ sở để Mô hình Viện Gút kêu gọi kiểm chứng đa trung tâm — không chỉ ở môi trường nguồn lực cao.

10. Tuyên bố mức chứng cứ và mức suy luận

Khung vận hành 'vai trò người bệnh' trong tài liệu này là kết quả quan sát có cấu trúc từ 18 năm thực hành lâm sàng tích hợp tại phòng khám Viện Gút (2007–2025). Tám điều kiện đủ, ba mức phân loại và khung quản trị hợp tác theo dọc không xuất phát từ thiết kế lý thuyết mà từ nhận diện lặp lại những yếu tố phân biệt bệnh nhân đạt kết quả dài hạn với bệnh nhân đứt gãy giữa hành trình. [8]

Cơ sở học thuật bổ trợ: khoa học self-management trong bệnh mạn tính (Lorig et al., 1999–2020) cung cấp bằng chứng về tác động của 'patient activation' và 'self-efficacy' trên kết quả điều trị [13], [14]; implementation science cung cấp khung quản trị hợp tác như biến số vận hành [9], [10]; và bằng chứng về thất bại của mô hình phân mảnh trong đa bệnh lý cung cấp nền tảng so sánh [1], [2], [11].

Suy luận cần kiểm chứng đa trung tâm: khi tám điều kiện đủ được đánh giá chuẩn hoá và hợp tác được quản trị như chỉ số theo dõi dọc, mô hình dự kiến sẽ giảm tỷ lệ đứt gãy theo dõi, giảm biến cố do tuân thủ kém, và cải thiện bền vững kết quả trên các đích kiểm chứng tại cơ quan đích — đặc biệt trong bệnh nhân đa bệnh lý mạn tính phức tạp ở bối cảnh LMIC. [8]

11. Giới hạn phạm vi tài liệu

Giới hạn phạm vi — Tài liệu này KHÔNG bao gồm:

- ✗ Tài liệu B.4 trình bày khung vận hành và nguyên tắc. Công cụ đánh giá chi tiết (bảng phỏng vấn định hướng, checklist 7 ngày, bộ câu hỏi kiểm tra hiểu biết, biểu đồ theo dõi hợp tác) được phát triển trong các tài liệu phụ lục kỹ thuật riêng.
- ✗ Tám điều kiện đủ được trình bày ở cấp nguyên tắc và định nghĩa vận hành. Ngưỡng số cụ thể (ví dụ: số điểm kiểm tra tối thiểu, tần suất đánh giá hợp tác theo từng phân tầng rủi ro) thuộc phạm vi cấm nang vận hành nội bộ.
- ✗ Tài liệu không bao gồm can thiệp tâm lý lâm sàng hoặc trị liệu hành vi nhận thức — những can thiệp này khi cần thiết phải được thực hiện bởi chuyên gia phù hợp và không thuộc phạm vi ngoại trú tích hợp của mô hình.
- ✗ Phân loại mức A/B/C là công cụ hỗ trợ ra quyết định lâm sàng — không phải nhãn cố định và không được dùng để từ chối chăm sóc với bệnh nhân chưa đủ điều kiện mà thiếu sự đánh giá lại có cấu trúc.

12. Vị trí trong hệ thống tài liệu Viện Gút

Tài liệu B.4 là trực năng lực tham gia của Nhóm B. Nó triển khai chi tiết điều kiện đủ phía người bệnh mà B.3 định nghĩa ở cấp nguyên tắc, cung cấp nền tảng cho B.5 (điều kiện kích hoạt khi đa bệnh cùng cản trở năng lực tham gia) và là điều kiện người bệnh để Phần C trở thành khả thi trong thực địa.

Tài liệu	Tiêu đề & nội dung trọng tâm	Liên kết với B.4
B.1	Buổi khám đầu tiên — điểm kích hoạt hệ vận hành tích hợp bốn trục	B.1 thu thập dữ liệu đầu vào để phân tầng bệnh nhân; B.4 xác định năng lực tham gia của người bệnh — hai đánh giá này cùng quyết định kế hoạch điều trị Pha 1 (Ổn định cấp)
B.2	Điều trị theo pha và theo dõi dọc — T2T đồng thời bốn trục	B.2 định nghĩa cái gì được làm trong từng pha; B.4 định nghĩa ai có thể tham gia từng pha — nhịp tái khám và mức độ phức tạp phụ thuộc đồng thời cả hai
B.3	Điều kiện cần và đủ để tìm cửa sổ cơ hội	B.3 định nghĩa điều kiện đủ ở cấp nguyên tắc; B.4 triển khai chi tiết thành tám điều kiện có thể đo lường và quản trị
B.4	Vai trò người bệnh — khung vận hành từ phía bệnh nhân và gia đình (tài liệu này)	Trực năng lực tham gia: tám điều kiện đủ, ba mức phân loại, quy trình onboarding, hợp tác như chỉ số theo dõi dọc
B.5	Enabling conditions và nguyên tắc ưu tiên khi đa bệnh cùng hiện diện	Khi nhiều bệnh cùng cản trở năng lực tham gia (mệt mỏi mạn tính, giảm nhận thức, đau), B.5 cung cấp nguyên tắc điều chỉnh điều kiện đủ theo thực tế lâm sàng
B.6	Chuỗi ca lâm sàng — giới hạn cuối cùng của mô hình	Các ca trong B.6 minh chứng cụ thể điều kiện đủ và các tình huống onboarding lại sau biến cố hoặc mất hợp tác
Phần A	Nền tảng: tại sao mô hình này tồn tại + các khái niệm cần biết (A.0–A.5)	Cung cấp nền tảng khái niệm WHAT–HOW–DATA và lý do tại sao người bệnh là cấu phần không thể thay thế trong kiến trúc vận hành
Phần C	Bốn đích kiểm chứng trên cơ quan đích — trung tâm của toàn bộ bộ tài liệu	Các đích trong Phần C chỉ đạt được khi năng lực tham gia của người bệnh đủ bền vững; B.4 là điều kiện người bệnh để Phần C trở thành khả thi

13. Kết luận

Vai trò người bệnh trong Mô hình Viện Gút không phải phần phụ thêm vào sau HOW — mà là một trụ cột vận hành độc lập, ngang hàng với HOW và DATA-to-operate trong kiến trúc chăm sóc tích hợp đa bệnh lý mạn tính phức tạp.

Tám điều kiện đủ tạo thành 'năng lực tham gia' không phải danh sách yêu cầu áp đặt. Chúng là bộ khung để đánh giá ai sẵn sàng, ai cần hỗ trợ thêm trước khi bắt đầu, và ai cần được bảo vệ khỏi một kế hoạch điều trị vượt quá năng lực thực tế của họ. Khi được đánh giá và quản trị đúng cách, tám điều kiện này không phải rào cản — mà là nền móng để kết quả điều trị có thể bền vững.

Đặc biệt, khung 'hợp tác như chỉ số vận hành' là đóng góp học thuật mang tính cấu trúc: không phải mô hình bệnh nhân lý tưởng, mà là công cụ quản trị thực tế của một hệ thống y tế cần vận hành an toàn trong đời thực — nơi hợp tác dao động, nguồn lực hạn chế, và bệnh cảnh thay đổi liên tục.

Khi mô hình tạo ra năng lực điều trị và người bệnh tạo ra năng lực tham gia — khi hai năng lực này được đo lường, được xây dựng và được duy trì đồng thời — chăm sóc tích hợp đa bệnh lý mạn tính phức tạp mới đạt đủ điều kiện vận hành. Và khi đó, kết quả không còn phụ thuộc vào may mắn hay vào sự xuất sắc cá nhân của từng thầy thuốc — mà trở thành kết quả có thể dự đoán của một hệ thống được thiết kế đúng. [8]

PRACTICE PROVENANCE — NGUỒN GỐC THỰC HÀNH

Khung vận hành 'vai trò người bệnh' là kết quả quan sát và hệ thống hoá từ 18 năm thực hành lâm sàng tích hợp tại phòng khám Viện Gút (2007–2025), không phải sản phẩm của thiết kế lý thuyết hay mượn từ mô hình quản lý bệnh mạn tính đơn bệnh.

2007 Thành lập Viện Gút; quan sát đầu tiên về vai trò người bệnh như yếu tố quyết định kết quả — không thể thay thế bằng bất kỳ cấu phần hệ thống nào.

2014 Tiếp xúc với GS Thomas Bardin (EULAR); nhận ra khoảng trống toàn cầu: không có khung đo lường và quản trị năng lực tham gia của người bệnh trong đa bệnh lý mạn tính.

2017–2019 Hệ thống hoá tám điều kiện đủ từ dữ liệu theo dõi dọc: phân biệt bệnh nhân 'mức A', 'mức B', 'mức C'; xây dựng quy trình onboarding và đánh giá hợp tác liên tục.

2025 Hoàn thiện khung vận hành 'hợp tác như chỉ số theo dõi dọc'; tích hợp vào bộ tài liệu học thuật Mô hình Viện Gút.

Evidence basis: 18 năm thực hành lâm sàng tích hợp tại Viện Gút — Nguyễn Đình Quang (2007–2025).

Tài liệu tham khảo

Guideline quốc tế, đồng thuận tích hợp đa bệnh lý và hạn chế mô hình phân mảnh

- [1] NICE. Multimorbidity: clinical assessment and management (NG56). National Institute for Health and Care Excellence, 2016.
- [2] WHO. Framework on integrated, people-centred health services. WHO Document A69/39, 2016.
- [3] Valentijn PP, et al. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care* 2013;13:e010.
- [4] Nolte E, et al. (ICARE4EU). Overcoming fragmentation in health care: outcomes of a European policy initiative. *Health Econ Policy Law* 2016;11(4):367–381.
- [5] Hughes LD, et al. Guidelines for people not for diseases: the challenges of applying UK clinical guidelines to people with multimorbidity. *Age Ageing* 2013;42(1):62–69.
- [6] Muth C, et al. Evidence supporting the best clinical management of patients with multimorbidity and polypharmacy: a systematic guideline review. *J Intern Med* 2019;285(3):272–288.
- [7] Prior A, et al. Healthcare fragmentation, multimorbidity, potentially inappropriate medication, and mortality. *BMC Med* 2023;21(1):305.

Khoa học triển khai và quản trị an toàn–chất lượng

- [8] Eccles MP, Mittman BS. Welcome to implementation science. *Implement Sci* 2006;1:1.
- [9] Damschroder LJ, et al. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci* 2009;4:50.
- [10] Nguyễn Đình Quang. Hệ thống dữ liệu quan sát lâm sàng tích hợp tại phòng khám Viện Gút (2007–2025). Dữ liệu thực hành nội bộ — nền tảng trực tiếp của định danh khung vận hành vai trò người bệnh.

Self-management, patient activation và therapeutic alliance trong bệnh mạn tính

- [11] Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med* 2003;26(1):1–7.
- [12] Hibbard JH, Greene J. What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. *Health Aff* 2013;32(2):207–214.
- [13] Hagger MS, et al. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychol Bull* 2017;143(5):484–544.
- [14] Bodenheimer T, et al. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA* 2002;288(19):2469–2475.
- [15] Kennedy A, et al. The effectiveness and cost effectiveness of a national lay-led self care support programme for patients with long-term conditions: a pragmatic randomised controlled trial. *J Epidemiol Community Health* 2007;61(3):254–261.
- [16] Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ* 2007;335(7609):24–27.
- [17] Friedberg MW, et al. Factors affecting physician professional satisfaction and their implications for patient care, health systems, and health policy. *RAND Health Q* 2013;3(4).
- [18] DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care* 2004;42(3):200–209.
- [19] Horne R, et al. Patients' attitudes to medicines and adherence to maintenance treatment in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2009;15(6):837–844.