

**BỘ TÀI LIỆU HỌC THUẬT CÔNG BỐ QUỐC TẾ**  
**MÔ HÌNH VIỆN GÚT**  
**Chăm sóc Ngoại trú Tích hợp Đa bệnh lý Mạn tính Phức tạp**

**Phần B – TÀI LIỆU VẬN HÀNH**

**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 công bố quốc tế**  
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

---

**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

## NHÓM BÁC SĨ ĐIỀU TRỊ + Ê-KÍP ĐA NGÀNH PHÒNG KHÁM ĐA KHOA 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.

## ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU

---

Trung tâm Pháp-Việt về Nghiên cứu Bệnh Gút và Các Bệnh Đồng Mắc

Phòng khám Đa khoa Viện Gút — 13A Hồng Hạ, Tân Sơn Hòa, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam

## VỊ TRÍ TÀI LIỆU TRONG BỘ TÀI LIỆU HỌC THUẬT MÔ HÌNH VIỆN GÚT

Tài liệu B.4 không phải là tài liệu hướng dẫn sức khỏe phổ thông cho bệnh nhân, cũng không phải là một bản khuyến nghị chung về “giáo dục người bệnh”. B.4 là tài liệu vận hành của **Phần B — Mô hình Vận hành**, có nhiệm vụ xác định rõ vai trò của người bệnh và gia đình như một cấu phần có thể đo lường, huấn luyện và quản trị trong chăm sóc ngoại trú đa bệnh lý mạn tính phức tạp. Nếu B.1 trả lời hệ vận hành được kích hoạt như thế nào, B.2 trả lời hành trình điều trị được tổ chức theo pha ra sao, và B.3 xác định điều kiện cần từ phía hệ thống cùng nguyên lý điều kiện đủ từ phía người bệnh, thì B.4 là tài liệu triển khai đầy đủ lớp **điều kiện đủ** đó thành khung vận hành cụ thể.

Trong kiến trúc nhiều tầng của bộ hồ sơ, B.4 thuộc **Tầng 1 — Kiến trúc cơ bản**. Nó không đi sâu vào một trục bệnh riêng lẻ như C.1–C.n, nhưng lại là điều kiện nền để bất kỳ tài liệu C nào cũng có thể vận hành trong thực tế. B.4 không bàn “điều trị bệnh gì”, mà bàn “người bệnh phải tham gia như thế nào để mô hình điều trị còn có thể chạy được”. Vì thế, B.4 nằm ở giao điểm giữa năng lực của hệ thống và năng lực của người bệnh: hệ thống có thể mạnh về WHAT, HOW và DATA-to-operate, nhưng nếu người bệnh không có đủ năng lực tham gia, các đích kiểm chứng vẫn có thể trở nên ngoài tầm với.

### DẪN CHIẾU CHO NGƯỜI ĐỌC B.4

Muốn hiểu tuyên bố kiến trúc chung của bộ tài liệu, đọc A.0.

Muốn hiểu khung WHAT – HOW – DATA-to-operate, đọc A.1.

Muốn hiểu định nghĩa ba lớp nền tảng, đọc A.2.

Muốn hiểu hệ thuật ngữ vận hành, đọc A.4–A.5.

Muốn hiểu buổi khám đầu tiên và dữ liệu nền của hệ vận hành, đọc B.1.

Muốn hiểu kế hoạch điều trị theo bốn pha, đọc B.2.

Muốn hiểu điều kiện cần và đủ để còn cửa sổ cơ hội, đọc B.3.

Muốn hiểu enabling conditions và ma trận ưu tiên giữa nhiều bệnh đồng thời, đọc B.5.

Muốn thấy vai trò người bệnh này được áp dụng vào từng trục bệnh ra sao, đọc C.1–C.n.

### TÓM TẮT

Tài liệu B.4 trình bày khung vận hành từ phía người bệnh và gia đình trong Mô hình Viện Gút. Luận điểm trung tâm của tài liệu là: trong điều trị ngoại trú đa bệnh lý mạn tính phức tạp, người bệnh không thể tiếp tục bị xem như đối tượng thụ động chỉ nhận đơn thuốc và lời dặn. Họ phải được nhìn như một cấu phần vận hành của hệ thống điều trị — với mức độ sẵn sàng, khả năng thực thi, khả năng tự theo dõi, hệ thống hỗ trợ và mức độ hợp tác đều có thể đo lường, phân loại, huấn luyện và quản trị theo dõi dọc. B.3 đã xác lập điều kiện đủ từ phía người bệnh như một điều kiện để cửa sổ cơ hội còn có thể vận hành; B.4 triển khai điều kiện đủ đó thành tám năng lực cụ thể, ba mức phân loại sẵn sàng và một quy trình xây dựng năng lực theo thời gian.

B.4 vì vậy không phải tài liệu “mềm” hay phần phụ của mô hình. Nó là một tài liệu lõi của HOW. Không có B.4, toàn bộ mô hình ngoại trú tích hợp dễ rơi vào ảo tưởng hệ thống: giả định rằng nếu bác sĩ đủ giỏi, protocol đủ tốt và dữ liệu đủ nhiều thì kết quả tốt sẽ tự đến. B.4 chỉ ra điều ngược lại: nếu người bệnh không có đủ năng lực tham gia, ngay cả HOW mạnh nhất cũng không thể duy trì kết quả bền vững trong ngoại trú đa bệnh lý mạn tính phức tạp.

## BỐI CẢNH

Trong đa số mô hình điều trị bệnh mạn tính hiện nay, kể cả nhiều mô hình tiên tiến, người bệnh vẫn thường được đặt vào vai trò tương đối thụ động: nhận chẩn đoán, nhận đơn thuốc, nhận tư vấn ăn uống và được nhắc tái khám. Ngay cả khi các phong trào như self-management hoặc patient empowerment được nhấn mạnh, vai trò người bệnh thường vẫn được hiểu chủ yếu theo chiều giáo dục — nghĩa là “biết nhiều hơn”, “hiểu bệnh hơn”, “tự giác hơn” — chứ chưa được chuyển thành một lớp vận hành có thể đo lường và quản trị. Trong bối cảnh đa bệnh lý mạn tính phức tạp, cách nhìn này trở nên không đủ. Người bệnh không chỉ phải nhớ một toa thuốc hay một chế độ ăn. Họ phải cùng lúc quản lý nhiều trục bệnh, nhiều loại thuốc, nhiều ngưỡng cảnh báo, nhiều nhịp tái khám và nhiều quyết định khẩn có thể xuất hiện giữa hai lần khám.

Vì vậy, Mô hình Viện Gút không coi người bệnh chỉ là “trung tâm” theo nghĩa khẩu hiệu. Người bệnh phải trở thành một tác nhân vận hành thật sự của hệ thống. Nhưng để điều đó xảy ra, mô hình không thể chỉ hy vọng vào “ý thức” hay “thiện chí”. Cần có một khung cụ thể: người bệnh đang ở mức năng lực nào, thiếu điều kiện gì, cần được huấn luyện gì, cần hỗ trợ từ ai, hợp tác có đang suy giảm không, và nếu suy giảm thì hệ thống phải điều chỉnh HOW như thế nào. B.4 được viết ra để cung cấp chính khung đó.

## MỤC TIÊU VÀ PHẠM VI TÀI LIỆU

Tài liệu B.4 có sáu mục tiêu. Thứ nhất, xác định vai trò của người bệnh và gia đình như một cấu phần vận hành của mô hình. Thứ hai, phân biệt rõ điều kiện cần của hệ thống và điều kiện đủ của người bệnh. Thứ ba, triển khai điều kiện đủ thành tám năng lực có thể đo lường và huấn luyện. Thứ tư, xây dựng ba mức phân loại mức độ sẵn sàng và mức độ cần hỗ trợ. Thứ năm, xác lập nguyên tắc quản trị hợp tác và tuân thủ như các biến số theo dõi dọc. Thứ sáu, đặt người bệnh vào đúng vị trí của họ trong kiến trúc WHAT – HOW – DATA-to-operate.

B.4 không bao gồm: định nghĩa chung của điều kiện cần–đủ trong khái niệm cửa sổ cơ hội; kế hoạch điều trị theo pha; hay toàn bộ ma trận enabling conditions giữa nhiều bệnh đồng thời. Những nội dung đó thuộc B.3, B.2 và B.5. B.4 cũng không phải tài liệu protocol riêng cho từng trục bệnh; phần áp dụng theo trục bệnh thuộc về Phần C.

### 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong điều trị ngoại trú đa bệnh lý mạn tính phức tạp, người bệnh không chỉ là người “tuân thủ”. Họ là người cùng vận hành hệ thống trong khoảng giữa các lần khám. Chính ở khoảng thời gian đó — tại nhà, trong công việc, trong lúc thay đổi triệu chứng, khi đối mặt với tác dụng phụ, khi phải quyết định có báo sớm hay không, có tự ý thêm bớt thuốc hay không, có tiếp tục đi theo kế hoạch hay không — mô hình điều trị hoặc tiếp tục vận hành, hoặc bắt đầu rạn nứt. Điều này làm cho vai trò của người bệnh trong ngoại trú khác về chất so với nội trú. Nếu nội trú có thể bù đắp phần nào bằng các lớp theo dõi tập trung, ngoại trú thì không thể. Ở ngoại trú, năng lực tham gia của người bệnh và gia đình là một phần của biên an toàn điều trị.

Vì vậy, B.4 không đặt câu hỏi “làm sao để người bệnh hợp tác hơn” theo nghĩa khuyên nhủ. Câu hỏi của B.4 là: làm thế nào để năng lực tham gia của người bệnh trở thành một phần được thiết kế, đánh giá, phân loại và cải thiện như bất kỳ thành phần nào khác của mô hình. Đây là điểm khiến B.4 trở thành tài liệu vận hành chứ không phải tài liệu truyền thông sức khỏe.

## 2. KHUNG LÝ LUẬN: HAI LỚP NĂNG LỰC VÀ ĐIỂM GIAO VẬN HÀNH

Mô hình Viện Gút tách bạch rõ hai lớp điều kiện trong chăm sóc tích hợp đa bệnh lý mạn tính.

Lớp	Thuộc về	Hình dung
<b>Điều kiện cần — năng lực điều trị</b>	Hệ thống: khung nguyên tắc, khung tổ chức, khung dữ liệu, Clinical Conductor, MDT, van an toàn, DATA-to-operate, ngưỡng hành động, audit trail và toàn bộ kiến trúc HOW.	“Đường ray” — nếu thiếu, người bệnh dù cố gắng đến đâu cũng không có hệ thống có cấu trúc để dựa vào.
<b>Điều kiện đủ — năng lực tham gia</b>	Người bệnh và gia đình: mong muốn thật, hiểu đúng, nguồn lực, tự theo dõi, hệ thống hỗ trợ, hợp tác, năng lực được huấn luyện và duy trì theo dõi dọc.	“Đoàn tàu” — nếu thiếu, đường ray đúng nhưng không có gì chạy được trên đường ray ấy.
<b>Điểm giao vận hành</b>	Chăm sóc tích hợp chỉ “đủ điều kiện vận hành” khi hai lớp này khớp nhau: HOW triển khai đúng, WHAT theo đuổi đến đích, DATA-to-operate phản ánh xu hướng thực.	B.3 đã đặt tên; B.4 là nơi triển khai thành công cụ.

## 3. ĐỐI CHIẾU BA BỐI CẢNH: GUIDELINE, ĐỒNG THUẬN QUỐC TẾ, MÔ HÌNH PHÂN MẢNH

Bối cảnh	Vai trò người bệnh hiện tại	Phần còn thiếu mà B.4 lấp
<b>Guideline đơn bệnh + đồng thuận quốc tế (NICE NG56, WHO)</b>	Thừa nhận ở mức nguyên tắc: patient preferences, self-management, patient-centred care. Dừng ở “nên được lắng nghe, nên được giáo dục, nên được tham gia”.	Khung đo lường cụ thể năng lực tham gia, nối trực tiếp với phân tầng nguy cơ, nhịp theo dõi, phân bổ nguồn lực và trigger vận hành.
<b>Mô hình điều trị phân mảnh</b>	Vai trò bị suy giảm: mỗi chuyên khoa chỉ định riêng, không ai giữ bức tranh tổng thể. Người bệnh tự tổng hợp các chỉ định có thể mâu thuẫn. Không ai đánh giá năng lực tham gia tổng thể hay quản trị hợp tác như biến số lâm sàng.	Nhận diện lỗ hổng: người bệnh vừa chịu gánh nặng điều trị, vừa chịu gánh nặng điều phối mà hệ thống lẽ ra phải chia sẻ.
<b>Mô hình Viện Gút (B.4)</b>	Năng lực tham gia = điều kiện đủ, có thể đo lường, huấn luyện, phân loại (A/B/C) và quản trị theo dõi dọc. Hợp tác = biến số vận hành, không phải phán xét đạo đức.	8 điều kiện đủ + 3 mức phân loại + người hỗ trợ là thành phần bắt buộc + hợp tác được quản trị như DATA-to-operate.

## 4. TÁM ĐIỀU KIỆN ĐỦ — HỆ THỐNG HÓA NĂNG LỰC THAM GIA CỦA NGƯỜI BỆNH

Viện Gút đã hệ thống hóa năng lực tham gia của người bệnh thành tám điều kiện đủ. Đây 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 trong suốt hành trình điều trị. Khi được thỏa mãn đồng

thời, chúng tạo ra “năng lực tham gia” đủ để các đích kiểm chứng của mô hình trở thành khả thi trong ngoại trú đa bệnh lý mạn tính phức tạp.

STT	Điều kiện đủ	Nội dung chính
1	Mong muốn thật và cam kết mục tiêu dài hạn	Chấp nhận hành trình theo pha, không đòi “đốt pha”, hiểu giảm triệu chứng chưa phải đích cuối, ưu tiên an toàn cơ quan sinh tồn hơn tốc độ.
2	Hiểu đúng để làm đúng	Hiểu đủ để hành động đúng: hoàn thành checklist 7 ngày đầu, phân biệt red flags với dao động thông thường, giải thích lại được lý do các bước điều trị.
3	Sắp xếp được nguồn lực	Có kế hoạch tái khám theo nhịp phân tầng, khả năng chi trả, phương tiện di chuyển, không để theo dõi đứt quãng vì rào cản có thể dự đoán trước.
4	Năng lực tự theo dõi tại nhà và giao tiếp kịp thời	Theo dõi dấu hiệu trọng yếu theo bệnh trực ưu tiên, ghi nhận sinh hiệu cơ bản, biết khi nào báo sớm. Nếu thiếu, khoảng giữa hai lần tái khám thành vùng mù thứ cấp.
5	Có hệ thống hỗ trợ khi không thể tự làm một mình	Người hỗ trợ thực chất: nắm kế hoạch điều trị, quản lý thuốc, theo dõi triệu chứng, cầu nối liên lạc. Bắt buộc ở BN lớn tuổi, giảm nhận thức, đa thuốc, vùng đỏ, Pha 1.
6	Hợp tác và tin cậy quy trình (Therapeutic Alliance)	Chấp nhận “một đội chăm sóc — một kế hoạch thống nhất”: khai báo đầy đủ thuốc, không tự trộn đơn, không giấu thảo dược, hiểu chuyển tuyến là van an toàn.
7	Tham gia tập huấn và giáo dục theo mô hình	Huấn luyện có cấu trúc, biến mong muốn thành năng lực thực thi. Nhiều BN có ý định tốt nhưng không duy trì được vì chưa từng được huấn luyện đủ.
8	Hợp tác được kiểm tra, đánh giá và củng cố liên tục	Hợp tác là biến số động, có thể tốt lên hoặc xấu đi. Phải được quản trị như chỉ số theo dõi dọc, đánh giá lại, củng cố hoặc bù đắp bằng điều chỉnh HOW khi suy giảm.

## 5. PHÂN LOẠI MỨC ĐỘ CẦN HỖ TRỢ THEO BỆNH NHÂN

Không phải mọi người bệnh đều cần mức hỗ trợ như nhau. Mô hình Viện Gút phân loại theo ba mức, dựa trên tải bệnh lý, đa thuốc, mức độ tự chủ và phân tầng nguy cơ.

Mức hỗ trợ	Đặc điểm
<b>Tối thiểu</b>	Người bệnh còn tự chủ hoàn toàn, đa thuốc không quá lớn, không giảm nhận thức, ở vùng xanh hoặc vàng ổn định. Người thân chủ yếu nắm kế hoạch cơ bản và hỗ trợ liên lạc khi cần.

Mức hỗ trợ	Đặc điểm
<b>Thường xuyên</b>	Người bệnh có một hoặc vài bệnh trực nặng, đa thuốc 6–10 loại hoặc có suy giảm chức năng nhận thức nhẹ đến trung bình. Cần người hỗ trợ cố định đồng hành ít nhất mỗi lần tái khám và giám sát thuốc hằng ngày.
<b>Bắt buộc toàn thời gian</b>	Người bệnh ở vùng đỏ, đa thuốc nhiều, suy đa tạng, giảm nhận thức đáng kể hoặc đang ở Pha 1 tích cực. Cần người đồng hành chuyên trách, hiểu kế hoạch, quản lý thuốc, theo dõi sinh hiệu và là cầu nối chính với mô hình.

Phân loại này có ý nghĩa rất thực tiễn: nó quyết định không chỉ việc người bệnh “cần ai đi cùng”, mà còn quyết định lượng HOW mà mô hình phải bổ sung để bù đắp cho phần năng lực người bệnh chưa đủ. Đây là điểm mà B.4 nói trực tiếp với phân tầng vùng bệnh ở B.3 và kế hoạch theo pha ở B.2.

## 6. VAI TRÒ CỦA NGƯỜI HỖ TRỢ TRONG HỆ THỐNG VẬN HÀNH

Trong Mô hình Viện Gút, người hỗ trợ không phải là “người đi cùng” theo nghĩa xã hội đơn thuần. Họ là một phần của lớp điều kiện đủ. Người hỗ trợ phải được ghi nhận ngay từ buổi khám đầu tiên, được đưa vào quy trình onboarding và phải được cập nhật nếu thay đổi. Với những bệnh nhân mức B và C, việc thay đổi 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.

STT	Vai trò	Nội dung
1	<b>Hiểu mục tiêu điều trị</b>	Nắm mục tiêu điều trị theo từng pha, hiểu logic ưu tiên và kế hoạch hiện tại.
2	<b>Quản lý thuốc</b>	Quản lý thuốc và tránh nhầm lẫn, đặc biệt ở BN đa thuốc, giảm nhận thức hoặc vùng đỏ.
3	<b>Theo dõi dấu hiệu cảnh báo</b>	Theo dõi dấu hiệu cảnh báo cùng với người bệnh, nhận diện red flags sớm.
4	<b>Liên lạc với hệ thống</b>	Liên lạc với hệ thống đúng kênh và đúng lúc, là cầu nối chính khi cần báo sớm.
5	<b>Duy trì nguồn lực thực thi</b>	Hỗ trợ duy trì nguồn lực thực thi (thời gian, tài chính, di chuyển) trong giai đoạn theo dõi dài.

## 7. HỢP TÁC KHÔNG PHẢI ĐẠO ĐỨC CÁ NHÂN — MÀ LÀ BIẾN SỐ VẬN HÀNH

Một điểm cần nói rõ trong B.4 là: hợp tác không được nhìn như phán xét đạo đức. Người bệnh không “tốt” hay “xấu” chỉ vì hợp tác tốt hay kém. Hợp tác là một biến số vận hành. Khi hợp tác giảm, hệ thống không được chỉ trách người bệnh, mà phải tự hỏi: phần nào của HOW cần được làm dày hơn, phần nào của kế hoạch cần được đơn giản hóa, phần nào của nguồn lực phải được bổ sung, và phần nào của đào tạo phải được làm lại. Đây là khác biệt căn bản giữa B.4 và cách tiếp cận truyền thống chỉ nhắc nhở người bệnh “phải tuân thủ tốt hơn”.

**Bảng 7a. Bốn câu hỏi hệ thống phải tự hỏi khi hợp tác giảm**

STT	Khi hợp tác giảm, hệ thống phải tự hỏi	Nội dung
1	HOW cần làm dày hơn?	Phần nào của quy trình vận hành cần được tăng cường để bù đắp.
2	Kế hoạch cần đơn giản hóa?	Phần nào của kế hoạch điều trị quá phức tạp khiến người bệnh không theo được.
3	Nguồn lực cần bổ sung?	Phần nào của nguồn lực (thời gian, tài chính, di chuyển, người hỗ trợ) cần được bổ sung.
4	Đào tạo cần làm lại?	Phần nào của huấn luyện người bệnh chưa đủ hoặc chưa phù hợp, cần được thiết kế lại.

**Bảng 7b. Biến số hợp tác trong DATA-to-operate**

STT	Biến số hợp tác	Ý nghĩa trong DATA-to-operate
1	Đi đúng lịch tái khám	Phản ánh mức độ cam kết và khả năng duy trì nguồn lực.
2	Hoàn thành xét nghiệm đúng mốc	Đảm bảo DATA-to-operate có đủ dữ liệu để nhìn xu hướng.
3	Báo sớm triệu chứng	Giảm vùng mù thứ cấp giữa hai lần tái khám.
4	Khai báo thuốc đầy đủ	Điều kiện để quản trị đa thuốc và phát hiện tương tác.
5	Liên lạc đúng kênh, đúng lúc	Kích hoạt phản ứng hệ thống trước khi vượt ngưỡng.

**8. LIÊN HỆ GIỮA B.4 VỚI B.3 VÀ B.2**

Tài liệu	Đã làm gì	B.4 bổ sung
B.3	Đặt tên cho điều kiện đủ từ phía người bệnh ở mức nguyên lý.	Triển khai thành 8 điều kiện, 3 mức phân loại và logic vận hành có thể kiểm tra lại. B.4 thao tác hóa B.3.
B.2	Tổ chức hành trình điều trị thành bốn pha.	Trả lời: ở từng pha, người bệnh cần năng lực gì, mức hỗ trợ nào, hệ thống bù đắp thiếu hụt ra sao. B.4 là “nửa còn lại” của B.2.

## 9. GIỚI HẠN PHẠM VI TÀI LIỆU

STT	Nội dung	B.4	Tài liệu tham chiếu
1	Khung lý luận vai trò người bệnh	Bao gồm	B.4 — Mục 2
2	Phân biệt điều kiện cần và điều kiện đủ	Bao gồm	B.4 — Mục 2
3	Tám điều kiện đủ của người bệnh và gia đình	Bao gồm	B.4 — Mục 4
4	Phân loại mức độ cần hỗ trợ	Bao gồm	B.4 — Mục 5
5	Vai trò của người hỗ trợ	Bao gồm	B.4 — Mục 6
6	Quản trị hợp tác như biến số vận hành	Bao gồm	B.4 — Mục 7
7	Định nghĩa cửa sổ cơ hội ở cấp hệ thống	Không	B.3
8	Kế hoạch điều trị theo bốn pha	Không	B.2
9	Ma trận enabling conditions, nguyên tắc ưu tiên	Không	B.5
10	Protocol từng trục bệnh	Không	Phần C
11	Khung đối thoại – kiểm chứng	Không	Phần D

## 10. VỊ TRÍ CỦA B.4 TRONG HỆ THỐNG TÀI LIỆU VIỆN GÚT

B.4 là tài liệu hoàn tất nửa thứ hai của kiến trúc vận hành. B.1 và B.2 cho thấy hệ thống của Viện Gút tổ chức tốt như thế nào; B.3 cho thấy hệ thống ấy cần những điều kiện gì để còn cửa sổ cơ hội. B.4 đi tiếp bước nữa: nó chỉ ra người bệnh và gia đình phải trở thành phần nào của hệ thống ấy. Nếu B.1 là điểm kích hoạt, B.2 là đường ray, B.3 là điều kiện để đoàn tàu còn có thể chạy, thì B.4 là tài liệu trả lời câu hỏi: **đoàn tàu có đủ động cơ và đủ phối hợp để thực sự chạy tiếp hay không.**

### KẾT LUẬN

Trong chăm sóc ngoại trú đa bệnh lý mạn tính phức tạp, người bệnh không thể tiếp tục bị xem như một đối tượng thụ động nhận điều trị. Họ là một cấu phần vận hành của mô hình. Muốn điều trị bền vững, hệ thống không chỉ cần WHAT đúng, HOW mạnh và DATA-to-operate đủ, mà còn cần người bệnh và gia đình có đủ năng lực tham gia để biến toàn bộ kiến trúc đó thành hành động liên tục trong đời thực. Đây là điều mà B.4 gọi là lớp điều kiện đủ.

B.4 vì vậy không chỉ là tài liệu về “vai trò người bệnh”. Nó là tài liệu về cách biến vai trò ấy thành một cấu phần có thể đo lường, huấn luyện, phân loại, bù đắp và quản trị theo dõi dọc. Nhờ đó, Mô hình Viện Gút tránh được một ảo tưởng phổ biến của nhiều hệ thống: nghĩ rằng nếu bác sĩ đủ giỏi thì người bệnh sẽ tự khắc theo kịp. B.4 nói rõ điều ngược lại: muốn hệ thống mạnh thật sự, phải thiết kế cả phần người bệnh vào bên trong kiến trúc của hệ thống.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] NICE NG56. *Multimorbidity: clinical assessment and management*.
- [2] WHO Framework on Integrated, People-centred Health Services.
- [3] Hibbard JH, et al. Patient Activation Measure.
- [4] Wagner EH. Chronic Care Model.
- [5] ESC/ACC/AHA/HFSA, KDIGO 2024, ACR 2020, EASL/Baveno VII — guideline documents on heart failure, CKD, gout, and cirrhosis.
- [6] Các tài liệu nền tảng và vận hành trong bộ tài liệu học thuật Mô hình Viện Gút: A.0–A.5, B.1–B.3, B.5, C.1–C.n.