BrienHoldenVisionInstitute

CÁC HỆ THỐNG Y TẾ

TÁC GIẢ

Kovin S Naidoo: Viện thị giác Brien Holden, Khoa y tế công cộng, Durban, Nam phi; Đại học KwaZulu Natal (UKZN), Durban, Nam phi

Brien Holden: Viện thị giác Brien Holden, Đại học New South Wales (UNSW), Australia

THẨM ĐỊNH

Ron Fyfe: Nguyên chủ tịch Ủy ban y tế WCO; Hiện tại là đại diện châu Á Thái bình dương tại Ủy ban y tế WCO và thành viên hội đồng THỊ GIÁC 2020 New Zealand

CHƯƠNG NÀY BAO GỒM NHỮNG NỘI DUNG:

- Hệ thống y tế phân tuyến
- Định nghĩa vai trò của các cán bộ khác nhau

HỆ THỐNG Y TẾ PHÂN TUYẾN

Hệ thống y tế phân tuyến đã được Tổ chức y tế thế giới (WHO) coi là bộ phận cấu thành thích hợp của một hệ thống y tế quốc gia.

Nó là một mô hình được khuyến khích như là một giải pháp để tạo ra khả năng tiếp cận chăm sóc y tế ở tuyến cơ sở, phân phối dịch vụ tới các tuyến khác nhau của hệ thống chăm sóc y tế và tạo điều kiện cho các đường chuyển tuyến phù hợp. Mô hình hệ thống y tế phân tuyến đã được chấp nhận ở nhiều nước, nhưng việc phục vụ chăm sóc mắt ở hệ thống này lại thường không rõ ràng. Một thiếu sót lớn là sự vắng mặt vai trò của khúc xạ nhãn khoa trong mô hình này.

Hệ thống y tế phân tuyến có vai trò quyết định đối với chăm sóc sức khỏe ban đầu.

ĐẶC ĐIỂM CỦA HỆ THỐNG Y TẾ PHÂN TUYẾN

- Nhiều khu vực địa lí riêng rẽ, thường được gọi là các khu vực y tế, mỗi khu vực được định nghĩa là khu vực phục vụ (catchment population)

  > "Một hệ thống y tế phân tuyến trên cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu là một phần ít nhiều độc lập của hệ thống y tế quốc gia. Trước hết, nó bao gồm một dân số được định rõ, sống ở một vùng hành chính và địa lí ranh giới rõ, bất kể thành thị hay nông thôn. Nó bao gồm tất cả các cơ sở và các cá nhân tham gia chăm sóc y tế ở khu vực, bất kể được trợ cấp an sinh xã hội của chính phủ, phi chính phủ, tư nhân hoặc theo tập quán. Một hệ thống y tế phân tuyến do đó bao gồm nhiều thành phần liên quan với nhau đóng góp cho sức khỏe gia đình, trường học, nơi làm việc và cộng đồng, thông qua ngành y tế và các ngành khác có liên quan. Hơn nữa, nó bao gồm việc tự chăm sóc và tất cả các cán bộ và các phương tiện chăm sóc y tế, đến tận và bao gồm bệnh viện ở tuyến cao nhất và phòng xét nghiệm thích hợp, các dịch vụ hỗ trợ chẩn đoán và hậu cần khác." (WHO, 1988)

  Các hướng dẫn rõ ràng để phân ranh giới các khu vực y tế, thí dụ:

  - Mỗi khu vực có một bệnh viện
  - Dân số không quá 500000 đến 1000000

- Qui mô địa lí phải được tính toán sao cho có thể đến được phòng khám khu vực xa nhất trong thời gian khoảng 3 giờ
- Mỗi khu vực y tế có một nhóm quản lí sức khỏe địa phương có nhiệm vụ:
  - Phục vụ
  - Lập kế hoạch
  - Quản lí
  - Thực hiện và giám sát
  - Đảm bảo sử dụng các nguồn lực công bằng và hiệu quả
  - Thiết lập một hệ thống chuyển tuyến thích hợp

Cần có các chương trình toàn diện để đảm bảo rằng các cán bộ chăm sóc mắt được hòa nhập vào một đơn vị phục vụ và chuyển tuyến trôi chảy trong hệ thống y tế phân tuyến. Thực tế rằng các cử nhân khúc xạ nhãn khoa thường không được sử dụng ở khu vực y tế nhà nước đã làm cho vấn đề tồi tệ hơn bởi vì vai trò của cử nhân khúc xạ nhãn khoa thường không được định rõ ở trong hệ thống y tế phân tuyến.

CHĂM SÓC PHỤC VỤ TRONG HỆ THỐNG Y TẾ PHÂN TUYẾN

Mục tiêu của hệ thống y tế phân tuyến là phục vụ hiệu quả và tránh sự trùng lặp không cần thiết. Những thách thức lớn nhất của dịch vụ chăm sóc mắt là việc phân trách nhiệm trong hệ thống y tế phân tuyến

Những trở ngại đối với việc sử dụng hiệu quả nguồn nhân lực

- Sự ghen tị nghề nghiệp: cạnh tranh giữa khúc xạ và nhãn khoa và có thể giữa các cán bộ chăm sóc mắt, đặc biệt do phạm vi hành nghề càng mở rộng ở mỗi cán bộ
- Tài nguyên hạn hẹp: không có kinh phí để chỉ định nguồn nhân lực thích hợp
- Thiếu cán bộ chuyên môn được đào tạo đầy đủ: số lượng đào tạo ra của các cơ sở đào tạo còn ít, thiếu các cơ sở đào tạo cũng như sự di chuyển và mất cán bộ sang các nghề khác cũng ảnh hưởng đến sự sẵn có cán bộ chuyên môn được đào tạo đầy đủ

Các thành phần của hệ thống y tế phân tuyến

Để các chương trình chăm sóc mắt và phòng chống mù lòa được thành công, cần lồng ghép vào các mô hình chăm sóc y tế theo khu vực hiện có. Do đó cần đặt kế hoạch cho các chương trình ở trong bối cảnh hệ thống y tế phân tuyến.

Phần lớn việc chăm sóc mắt trong cơ cấu khu vực y tế có đặc điểm là những yếu kém sau:

- Tập trung dịch vụ ở các trung tâm đô thị;
- Các bệnh viện thiếu trang bị và phòng khám nhỏ;
- Thiếu nhân lực được đào tạo;
- Thiếu vật tư tiêu hao và cơ sở hạ tầng

Phòng khám chăm sóc sức khỏe ban đầu

Các phòng khám này cung cấp nhiều dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, trong đó chăm sóc mắt thường là một thành phần ít được chú ý. Nhân lực ở tuyến này của hệ thống chăm sóc y tế được đòi hỏi đa kĩ năng, trong đó chăm sóc mắt là một trong những kĩ năng này. Nhân lực chăm sóc mắt thường là y tá chăm sóc sức khỏe ban đầu đã được học một khóa chăm sóc mắt.

Khám sàng lọc thị lực và điều trị các bệnh mắt cấp tính cơ bản như viêm kết mạc là vai trò chính của nhân lực chăm sóc mắt ở tuyến này. Ngoài ra, họ cần có khả năng tham gia các hoạt động nâng cao sức khỏe bằng việc phát triển các công cụ giáo dục sức khỏe mắt và truyền tải các thông tin này đến cộng đồng mà phòng khám phục vụ.

Phòng khám y tế khu vực

Phòng khám y tế khu vực chủ yếu đảm nhiệm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu và phục vụ hoặc tiếp nhận bệnh nhân chuyển từ các phòng khám chăm sóc sức khỏe ban đầu. Các phòng khám này thường có y tá chăm sóc sức khỏe ban đầu cùng với bác sĩ làm việc thường xuyên hoặc bán thời gian tùy theo số người ở khu vực phục vụ hoặc mức độ xa của phòng khám. Hơn nữa, ở một số nước, y tá nhãn khoa, cán bộ lâm sàng nhãn khoa và/hoặc trợ lí nhãn khoa cũng được triển khai cho các phòng khám này.

HỆ THỐNG Y TẾ PHÂN TUYẾN (TIẾP THEO)

Bệnh viện huyện

Các bệnh viện này phục vụ chăm sóc mắt tuyến hai. Đối tượng phục vụ được chuyển đến từ một số khu vực y tế trực thuộc. Tuyến này thường đảm nhiệm các công việc chẩn đoán và điều trị bệnh mắt, đo khúc xạ và khiếm thị. Bệnh viện huyện có thể có bác sĩ nhãn khoa, cử nhân khúc xạ nhãn khoa, y tá nhãn khoa, cán bộ lâm sàng nhãn khoa và trợ lí nhãn khoa.

BỆNH VIỆN KHU VỰC

- Các bệnh viện này phục vụ chăm sóc mắt tuyến hai và tuyến ba. Các bệnh viện này thường là địa điểm chuyển tuyến cho một nhóm bệnh viện huyện
- Nhân lực chăm sóc mắt gồm có y tá nhãn khoa, cán bộ lâm sàng nhãn khoa, trợ lí nhãn khoa, cử nhân khúc xạ nhãn khoa và bác sĩ nhãn khoa

BỆNH VIỆN TỈNH

- Chăm sóc cấp ba và cấp bốn được thực hiện ở tuyến này. Bệnh viện tỉnh phục vụ một số bệnh viện khu vực, các bệnh viện này chuyển đến những trường hợp không thể điều trị được ở tuyến khu vực
- Nhân lực chăm sóc mắt gồm có bác sĩ nhãn khoa, cử nhân khúc xạ nhãn khoa và y tá nhãn khoa

XÁC ĐỊNH VAI TRÒ CỦA CÁC CÁN BỘ KHÁC NHAU

Cần xác định rõ các vai trò trong khu vực y tế, tránh sự trùng lặp và cần phát triển một hệ thống chuyển tuyến có ranh giới rõ, bởi vì trong một hoàn cảnh nguồn lực hạn chế và nhân lực phải làm việc quá sức thì sự trùng lặp là vô lí và lãng phí.

Có nhiều đối tượng khác nhau tham gia vào các nhóm chăm sóc mắt. Dưới đây là các vai trò mà các nhân lực khác nhau có thể thực hiện trong các khu vực y tế. Các vai trò này có thể khác nhau giữa các khu vực và thường không cố định, theo nghĩa là mô tả công việc của họ có thể thay đổi định kì tùy thuộc vào nguồn lực và những khó khăn ở tuyến chăm sóc của khu vực.

CÁN BỘ Y TẾ CỘNG ĐỒNG

Các vai trò chính của cán bộ y tế cộng đồng thường là khám sàng lọc, phát hiện trường hợp, nâng cao sức khỏe và giáo dục sức khỏe. Các nhiệm vụ chính của chăm sóc mắt gồm phát hiện trường hợp và/hoặc khám sàng lọc bệnh mắt và tật khúc xạ. Trong khi y tá chăm sóc sức khỏe ban đầu được đào tạo tốt và lí tưởng để kiểm tra sức khỏe mắt và thị lực cũng như phát hiện trường hợp và/hoặc khám sàng lọc thì mặt khác chăm sóc ở cộng đồng ở xa các phòng khám thường rất khó khăn do quá nhiều việc và số lượng bệnh nhân ở tuyến này. Do đó, cán bộ y tế cộng đồng là một lực lượng nòng cốt lí tưởng cho hoạt động chăm sóc mắt cộng đồng. Họ có thể đặc biệt có ích trong các hoạt động nâng cao sức khỏe. Điều này đặc biệt cần thiết ở các vùng nông thôn, do việc sử dụng phổ biến các phương pháp thay thế để điều trị các bệnh mắt: thí dụ nước tiểu được dùng để điều trị viêm kết mạc, dẫn đến nhiều bệnh nhân đến phòng khám vì viêm kết mạc do lậu (Naidoo K 2006, thông tin cá nhân).

Y TÁ CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU

Y tá chăm sóc sức khỏe ban đầu làm việc ở phòng y tế tuyến cơ sở. Vai trò chính của y tá chăm sóc sức khỏe ban đầu là phát hiện các trường hợp bệnh và điều trị cơ bản nhiều bệnh. Chăm sóc mắt chỉ là một trong nhiều nhiệm vụ mà họ tham gia. Về mặt chăm sóc mắt, họ thường phát hiện các bệnh mắt và giảm thị lực để chuyển đến phòng khám gần nhất. Tuy nhiên, họ cũng có thể kê đơn kính lão thị sau khi đã loại trừ các bệnh mắt có nguy cơ gây mù. Do còn thiếu kiến thức về chăm sóc mắt nên nhiệm vụ của họ cũng bao gồm liên kết với các cơ cấu cộng đồng địa phương để thúc đẩy các hoạt động chăm sóc mắt và sử dụng các dịch vụ lâm sàng. Y tá chăm sóc sức khỏe ban đầu cần tuyên truyền cho các nhóm cộng đồng và các trường học về các phương pháp tăng cường và dự phòng đối với chăm sóc mắt. Một thí dụ là con số đáng báo động những bệnh nhân đái tháo đường và tăng huyết áp ít được thông tin về ảnh hưởng của các bệnh toàn thân này đối với mắt thường là do kế hoạch quá say sưa của các bác sĩ chẩn đoán các bệnh nhân này. Điều này dẫn đến việc các bệnh nhân đái tháo đường và tăng huyết áp chỉ tìm đến dịch vụ chăm sóc mắt khi đã xảy ra giảm thị lực. Những bệnh nhân này có thể được lợi rất nhiều từ các nỗ lực phòng bệnh và nâng cao sức khỏe.

ĐỊNH NGHĨA VAI TRÒ CỦA CÁC CÁN BỘ KHÁC NHAU (TIẾP THEO)

Y TÁ NHÃN KHOA / TRỢ LÍ NHÃN KHOA / CÁN BỘ LÂM SÀNG NHÃN KHOA

Y tá nhãn khoa / trợ lí nhãn khoa / cán bộ lâm sàng nhãn khoa chủ yếu được phân bổ ở bệnh viện huyện nhưng cũng có thể được bố trí ở phòng khám tuyến huyện. Ở nhiều khu vực y tế, y tá nhãn khoa là cơ sở của hệ thống chăm sóc mắt do không có cử nhân khúc xạ nhãn khoa và bác sĩ nhãn khoa. Y tá nhãn khoa, với đào tạo bổ sung, có thể điều trị tất cả các bệnh mắt cũng như đo khúc xạ trong những trường hợp họ được phép.

CỬ NHÂN KHÚC XẠ NHÃN KHOA

Cử nhân khúc xạ nhãn khoa ở tuyến bệnh viện huyện là một nguồn rất quí trong việc điều trị bệnh mắt và cung cấp dịch vụ khúc xạ. Tuy nhiên số lượng vị trí công tác hạn chế hiện nay cũng như tình trạng thiếu cử nhân khúc xạ nhãn khoa ở khu vực nhà nước thường cản trở việc thực hiện những phân công này. Do thang bậc lương hiện tại của khúc xạ nhãn khoa và sự thiếu vị trí công tác ở nhiều quốc gia nên không có đủ số lượng cử nhân khúc xạ nhãn khoa có thể huy động để đảm nhiệm các vị trí ở các bệnh viện huyện. Do đó, cử nhân khúc xạ nhãn khoa ở tuyến bệnh viện huyện trong những hoàn cảnh này đóng vai trò như là một người tham vấn lâm sàng để hỗ trợ cho y tá nhãn khoa dưới dạng đào tạo và hỗ trợ xử lí những ca phức tạp.

Vị trí chủ yếu của cử nhân khúc xạ nhãn khoa trong những hoàn cảnh này sẽ là ở tuyến bệnh viện khu vực, giải quyết các bệnh nhân từ các bệnh viện huyện chuyển đến. Ở tuyến này, cử nhân khúc xạ nhãn khoa sẽ chăm sóc tật khúc xạ, cung cấp dịch vụ khiếm thị, chẩn đoán và phối hợp điều trị/điều trị các bệnh mắt.

BÁC SĨ NHÃN KHOA

Bác sĩ nhãn khoa điều trị bệnh mắt và phẫu thuật. Tình trạng thiếu bác sĩ nhãn khoa cũng như sự thu hút của khu vực tư nhân làm cho khó triển khai bác sĩ nhãn khoa ở các bệnh viện huyện. Do đó họ thường ở các bệnh viện khu vực hoặc các bệnh viện huyện lớn.

Để đẩy mạnh tốc độ phẫu thuật đục thể thủy tinh ở các nước đang phát triển, cần tăng cường vai trò của y tá nhãn khoa và cử nhân khúc xạ nhãn khoa trong điều trị bệnh và phối hợp điều trị bệnh nhân sau phẫu thuật.

CÁN BỘ QUẢN LÍ Y TẾ HUYỆN

Cán bộ quản lí y tế huyện là một thành phần không thể thiếu của nguồn nhân lực của huyện. Một cán bộ quản lí tốt có thể tạo ra những phát triển lớn lao về mặt chăm sóc mắt, bởi vì sự phân phối nguồn nhân lực ở khu vực nhà nước thường được điều khiển từ trung tâm. Việc phân nhiệm vụ từ chính quyền cấp tỉnh cho các cán bộ quản lí y tế huyện tạo ra một cơ hội thành công lớn hơn với nhờ việc lập kế hoạch ở tuyến huyện.

PHƯƠNG PHÁP LÀM VIỆC NHÓM

Hệ thống y tế thường không được tận dụng do thiếu một nỗ lực nhóm trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế. Các nhân viên làm việc độc lập và thường làm những công việc trùng lặp. Cách giải quyết mang tính cục bộ của các cán bộ chuyên môn là rất phổ biến với tâm lí “vai trò của tôi” nhiều hơn là tâm lí “chúng ta” (Croasdale A 2006, thông tin cá nhân). Để có thể tạo ra sự hợp tác hiệu quả, cần đào tạo nhóm dưới dạng hội thảo lâm sàng và lập kế hoạch. Hơn nữa, cũng có sự thiếu lồng ghép giữa nhân lực chăm sóc mắt và các khoa khác. Điều này cản trở việc điều trị bệnh nhân có hiệu quả; thí dụ bệnh những nhân đái tháo đường cần được phối hợp điều trị bởi bác sĩ và cán bộ chăm sóc mắt.

ĐỊNH NGHĨA VAI TRÒ CỦA CÁC CÁN BỘ KHÁC NHAU (TIẾP THEO)

CÁC CAN THIỆP XÃ HỘI DÂN SỰ

Viện mắt LV Prasad (LVPEI) ở Ấn độ đưa ra một mô hình sáng kiến chăm sóc mắt ở các nước đang phát triển (Hình 2-1), mô hình này đã được thực hiện rất thành công (Rao, 2005).

Trong mô hình kim tự tháp này, khám sàng lọc chăm sóc mắt cơ bản được thực hiện bởi những "người bảo vệ mắt" ở tuyến xã, với tỉ lệ 1:5000. Những "kĩ thuật viên mắt" trong các trung tâm thị giác ở tuyến cộng đồng làm công việc chăm sóc mắt ban đầu (1:50000), trong khi đó việc chăm sóc tuyến ba chất lượng cao được thực hiện ở các Trung tâm Cấp cao (1:50 triệu). Do đó, các nhiệm vụ được phân chia trong số lực lượng lao động sẵn có, để cho số tương đối ít những người có khả năng thực hiện những nhiệm vụ cao cấp có thời gian để làm những việc đó.

Các cộng đồng địa phương cần luôn luôn tham gia vào việc thiết lập các dịch vụ chăm sóc mắt, và được giáo dục chăm sóc mắt – vì các phương tiện sẵn có không phải bao giờ cũng được tiếp cận tự nhiên. WHO khuyến cáo rằng mục tiêu tối thiểu cho nhân lực chăm sóc mắt cộng đồng là 1:50000 dân.

Hình 2-1: *Mô hình cung cấp các dịch vụ chăm sóc mắt của LVPEI*
Nguồn: *Rao, 2005: Một mô hình cơ sở hạ tầng cho việc thực hiện THỊ GIÁC 2020: Quyền được nhìn thấy*

SÁCH CHỌN LỌC

- International Centre for Eye Health, 2007. **Prevention of childhood blindness: teaching set**. London School of Hygiene and Tropical Medicine.http://www.cehjournal.org/files/tsno4/tsno04.pdfRetrieved 15 August 2012
- Rao GN, 2000. **Human Resource Development**. Journal of Community Eye Health, 13(35): 42-43.Source: http://www.cehjournal.org/download/ceh_13_35_042.pdfRetrieved 14 August 2012
- Holden BA and Resnikoff S, 2002. **The Role of Optometry in Vision 2020**. Journal of Community Eye Health, 13(35): 33-36. Source: http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1705887&blobtype=pdf Retrieved 14 August 2012
- Rao GN, 2005. **An infrastructure model for the implementation of VISION 2020: The Right to Sight**. Journal of Community Eye Health, 18(54): S61-62.Source: http://www.cehjournal.org/indian/download/ceh_18_54_s.pdfRetrieved 14 August 2012
- Gilbert C,1998.**The Importance of Primary Eye Care**.Journal of Community Eye Health, 11(26): 17-18.Source: http://www.cehjournal.org/0953-6833/11/jceh_11_26_017.htmlRetrieved 14 August 2012
- Odusote K, 2005.**People deliver eye care: managing human resources**.Journal of Community Eye Health, 18(56): 117-119.Source:http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1705692Retrieved 14 August 2012
- Kaliyaperurnal K and Sieving M, 2003.**Guidelines for Development of Messages for Prevention of Blindness.CommunityOphthalmology, 3(3): 14-16**.Source: http://laico.org/v2020resource/files/guidelines_message.pdfRetrieved 14 August 2012
- Gilbert C, 2006.**Eye health promotion and the prevention of blindness in developing countries: critical issues**.British Journal of Ophthalmology, 90: 279-284.Source: http://bjo.bmj.com/cgi/reprint/90/3/279Retrieved 14 August 2012

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHỌN LỌC

- Personal Communication: **Croasdale A. Difficulties integrating eye care personnel**.: Department of Health, Pretoria, 2006
- Personal Communication: Naidoo K. **Traditional Medicine -eye care practises**. Red Cross Air Mercy Services-Flying Doctors Programme, Durban, May 2006
- Rao GN, 2005.**An infrastructure model for the implementation of VISION 2020: The Right to Sight**.Journal of Community Eye Health, 18(54): S61-62.Source: http://www.cehjournal.org/indian/download/ceh_18_54_s.pdfRetrieved 14 August 2012
- World Health Organisation, 1988.**The challenge of implementation: district health systems for primary health care**.Part A pp 7-11.World Health Organisation.Geneva.http://www.ais.up.ac.za/med/pcm870/challenge.PDF Retrieved 15 August 2012