

**DỰ ÁN GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO NHÂN LỰC Y TẾ
PHỤC VỤ CẢI CÁCH HỆ THỐNG Y TẾ**

TÀI LIỆU ĐÀO TẠO LIÊN TỤC

**CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU THEO
NGUYÊN LÝ Y HỌC GIA ĐÌNH DÀNH CHO
BÁC SĨ LÀM VIỆC TẠI TRẠM Y TẾ XÃ**

Tháng 12 – 2019

MỤC LỤC

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT	4
MỘT SỐ THUẬT NGỮ SỬ DỤNG	6
HỌC PHẦN I. TỔNG QUAN VỀ Y HỌC GIA ĐÌNH.....	7
BÀI 1. KHÁI NIỆM, LỊCH SỬ PHÁT TRIỂN VÀ VAI TRÒ CỦA CHUYÊN NGÀNH Y HỌC GIA ĐÌNH	8
BÀI 2. CÁC NGUYÊN LÝ CƠ BẢN CỦA Y HỌC GIA ĐÌNH	18
BÀI 3. TRẠM Y TẾ XÃ HOẠT ĐỘNG THEO NGUYÊN LÝ HỌC GIA ĐÌNH.....	26
BÀI 4. MỘT SỐ CÔNG CỤ SỬ DỤNG TRONG ĐÁNH GIÁ GIA ĐÌNH	33
BÀI 5. QUẢN LÝ VÀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CHO TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI	41
BÀI 6. QUẢN LÝ VÀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CHO TRẺ VỊ THÀNH NIÊN	48
BÀI 7. QUẢN LÝ VÀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ CHO CON BÚ	58
BÀI 8. QUẢN LÝ VÀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CHO NGƯỜI CAO TUỔI	67
HỌC PHẦN II. CHĂM SÓC DỰ PHÒNG VÀ NÂNG CAO SỨC KHỎE	79
BÀI 9. DỰ PHÒNG VÀ NÂNG CAO SỨC KHỎE	80
BÀI 10. QUẢN LÝ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ SỨC KHỎE	91
BÀI 11. SÀNG LỌC PHÁT HIỆN BỆNH	103
BÀI 12. CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG	118
BÀI 13. KỸ NĂNG GIAO TIẾP – TƯ VẤN CỦA BÁC SỸ GIA ĐÌNH.....	135
BÀI 14. XÁC ĐỊNH NHU CẦU VÀ NỘI DUNG TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE ..	148
BÀI 15. LẬP KẾ HOẠCH, THỰC HIỆN TƯ VẤN CHO CÁ NHÂN VÀ HỘ GIA ĐÌNH VỀ PHÒNG CHỐNG MỘT SỐ BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM.....	156
HỌC PHẦN III. LẬP KẾ HOẠCH QUẢN LÝ, CHĂM SÓC SỨC KHỎE CÁ NHÂN THEO NGUYÊN LÝ Y HỌC GIA ĐÌNH	171
BÀI 16. LẬP KẾ HOẠCH CHĂM SÓC SỨC KHỎE.....	172
THEO NGUYÊN LÝ Y HỌC GIA ĐÌNH.....	172
BÀI 17. QUẢN LÝ CÁC BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM TẠI CỘNG ĐỒNG	185
HỌC PHẦN IV. CẬP NHẬT MỘT SỐ VẤN ĐỀ SỨC KHỎE THƯỜNG GẶP TẠI CỘNG ĐỒNG.....	191
BÀI 18. CẬP NHẬT MỘT SỐ VẤN ĐỀ SỨC KHỎE.....	192
THƯỜNG GẶP Ở TRẺ EM	192
BÀI 19. CẬP NHẬT MỘT SỐ BỆNH THƯỜNG GẶP Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH VÀ NGƯỜI CAO TUỔI.....	216
A. TĂNG HUYẾT ÁP.....	216
B. ĐÁI THÁO ĐƯỜNG	227
C. BỆNH PHỔI TẮC NGHỀN MẠN TÍNH (BPTNMT/ COPD).....	238
D. HEN PHẾ QUẢN Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH	249
E. VIÊM PHỔI MẮC PHẢI Ở CỘNG ĐỒNG	256
F. TIẾP CẬN VÀ XỬ TRÍ ĐAU ĐẦU.....	261
G. THOÁI HOÁ KHỚP Ở NGƯỜI CAO TUỔI	268
BÀI 20. CẬP NHẬT MỘT SỐ VẤN ĐỀ SỨC KHỎE SINH SẢN	276
A. THAI NGHÉN NGUY CƠ CAO	276
B. CÁC TAI BIẾN SẢN KHOA	280
C. MỘT SỐ BIỆN PHÁP TRÁNH THAI KẾ HOẠCH HOÁ GIA ĐÌNH	284
D. VIÊM NHIỄM ĐƯỜNG SINH DỤC.....	294

BÀI 21. CHĂM SÓC GIẢM NHẸ VÀ CHĂM SÓC CUỐI ĐỜI	310
A. CHĂM SÓC GIẢM NHẸ	310
B. CHĂM SÓC CUỐI ĐỜI	321
BÀI 22. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TẠI GIA ĐÌNH VÀ CỘNG ĐỒNG	327
A. QUÁ TRÌNH TÀN TẬT - CHIẾN LƯỢC PHÒNG NGỪA	327
B. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG	329
C. KHÁM VÀ LƯỢNG GIÁ NGƯỜI TÀN TẬT	332
D. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI BỆNH LIỆT NỬA NGƯỜI	337
DO TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO	337
BÀI 23. MỘT SỐ BỆNH TRUYỀN NHIỄM THƯỜNG GẶP	348
A. ĐÁNH GIÁ TIÊU CHẢY CẤP TÍNH	348
B. BỆNH SỞI	355
C. BỆNH TAY CHÂN MIỆNG	359
D. VIÊM GAN VI RÚT B	362
E. BỆNH GIANG MAI	368
F. NHIỄM HIV	373
G. NGUYÊN TẮC SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG	382
MỘT SỐ BỆNH TRUYỀN NHIỄM	382
BÀI 24. VẮC XIN VÀ TIÊM CHỦNG	397
BÀI 25. LẠM DỤNG VÀ LỆ THUỘC VÀO CHẤT GÂY NGHIỆN	408
BÀI 26. XỬ TRÍ MỘT SỐ CẤP CỨU THƯỜNG GẶP	422
I. NGUYÊN TẮC CHUNG XỬ TRÍ CẤP CỨU	422
II. CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN	423
IV. CẤP CỨU CHẤN THƯƠNG	427
V. MỘT SỐ PHƯƠNG PHÁP SƠ CỨU CHẢY MÁU VẾT THƯƠNG	429
VI. CỐ ĐỊNH GỖ XƯƠNG CẰNG TAY	431
VII. CỐ ĐỊNH GỖ XƯƠNG CÁNH TAY	431
VIII. CỐ ĐỊNH GỖ HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN	432
IX. CỐ ĐỊNH GỖ XƯƠNG ĐÙI	433
X. CỐ ĐỊNH GỖ CỘT SỐNG CỔ	433
XI. CỐ ĐỊNH GỖ CỘT SỐNG THẮT LƯNG	434
XII. CẤP CỨU VÀ XỬ TRÍ BỎNG	435
XIII. SƠ CẤP CỨU BỎNG MẮT, CHẤN THƯƠNG MẮT	437
XIV. CẤP CỨU SAY NẮNG, SAY NÓNG VÀ SỐC NHIỆT	439
XV. HƯỚNG CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ ĐAU ĐẦU	440
XVI. XỬ TRÍ CƠN ĐỘNG KINH	443
XVII. CẤP CỨU ĐỘT QUỴ NÃO (TAI BIẾN MẠCH NÃO)	444
XVIII. XỬ TRÍ SẮC, HÓC, DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ	446
XIX. XỬ TRÍ CẤP CỨU CÔN TRÙNG ĐÓT	448
XX. XỬ TRÍ RẪN ĐỘC CẦN	449
XXI. CẤP CỨU ĐIỆN GIẬT	451
XXII. CẤP CỨU ĐUỐI NƯỚC	453
XXIII. CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ NGỘ ĐỘC CẤP	454
XXIV. NHỒI MÁU CƠ TIM	458
BÀI 27. CẬP NHẬT KIẾN THỨC XỬ TRÍ TRONG THẢM HỌA	461
BÀI 28. DỰ PHÒNG, CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ	467
BÀI 29. CHUYÊN TUYÊN AN TOÀN	475

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BHYT	Bảo hiểm y tế
BKLN	Bệnh không lây nhiễm
BMI	Chỉ số khối cơ thể
BSGD	Bác sĩ gia đình
BV	Bệnh viện
BYT	Bộ Y tế
CBYT	Cán bộ y tế
CK	Chuyên khoa
CN	Chuyên ngành
COPD	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT)
CSBD	Chăm sóc ban đầu
CSGN	Chăm sóc giảm nhẹ
CSSK	Chăm sóc sức khỏe
CSSKBĐ	Chăm sóc sức khỏe ban đầu
CSSKSS	Chăm sóc sức khỏe sinh sản
CSYT	Cơ sở y tế
ĐTĐ	Đái tháo đường
FEV1	Thở tích thở ra trong giây đầu tiên
GINA	Sáng kiến toàn cầu về hen phế quản
HbA1c	Hemoglobin A1c
HIV	Virus gây suy giảm miễn dịch mắc phải ở người
KCB	Khám chữa bệnh
NCT	Người cao tuổi
NĐC	Ngộ độc cấp
NCSK	Nâng cao sức khỏe
NKHHC	Nhiễm khuẩn hô hấp cấp
NKQ	Nội khí quản
NTH	Ngừng tuần hoàn
PEF	Lưu lượng thở ra đỉnh
PHCN	Phục hồi chức năng
PKBSGD	Phòng khám bác sĩ gia đình
PKĐKKV	Phòng khám đa khoa khu vực
SDD	Suy dinh dưỡng

STD	Bệnh lây truyền qua đường tình dục
TCMR	Tiêm chủng mở rộng
THA	Tăng huyết áp
TNGT	Tai nạn giao thông
TNTT	Tai nạn thương tích
TT-GDSK	Truyền thông-giáo dục sức khỏe
TTYT	Trung tâm y tế
TYT	Trạm y tế
VTN	Vị thành niên
WHO	Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTTG)
WONCA	Tổ chức Bác sĩ gia đình thế giới
YHGĐ	Y học gia đình
YTNC	Yếu tố nguy cơ

MỘT SỐ THUẬT NGỮ SỬ DỤNG

Chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ): Tổ chức Y tế Thế giới trong Tuyên ngôn Alma Ata 1978 định nghĩa: “CSSKBĐ là chăm sóc sức khỏe thiết yếu mà toàn thể mọi cá nhân và gia đình trong cộng đồng có thể tiếp cận được thông qua các phương pháp, kỹ thuật chấp nhận được với người dân và phù hợp với khả năng chi trả của cộng đồng và xã hội. CSSKBĐ là hạt nhân gắn kết hệ thống CSSK của đất nước với sự phát triển chung về kinh tế xã hội của cộng đồng. Đây là nơi tiếp xúc đầu tiên của cá nhân, gia đình và cộng đồng với hệ thống CSSK của quốc gia, đưa CSSK đến gần nhất với nơi sống và làm việc của mọi người; đồng thời là khâu đầu tiên của quá trình CSSK liên tục. CSSKBĐ giải quyết các vấn đề sức khỏe chính của cộng đồng, thông qua cung cấp các dịch vụ dự phòng và nâng cao sức khỏe, chữa bệnh, hỗ trợ và phục hồi chức năng phù hợp”. Chăm sóc sức khỏe ban đầu tạo thành một phần không thể thiếu của Hệ thống y tế quốc gia, đóng vai trò trung tâm và là động lực chính của sự phát triển kinh tế xã hội của cộng đồng.

Chăm sóc ban đầu (CSBĐ): Thường được sử dụng cùng với thuật ngữ tuyến/cơ sở chăm sóc đầu tiên. Dịch vụ y tế cần đảm bảo nội dung chăm sóc lấy người dân làm trung tâm và họ có thể tiếp cận dễ dàng để nhận được các chăm sóc đầu tiên khi cần thiết. Các đặc điểm về chất lượng của CSBĐ bao gồm tính hiệu quả, an toàn, lấy con người làm trung tâm, tính toàn diện, liên tục và tích hợp. Y học gia đình là một phần của chăm sóc ban đầu.

Theo định nghĩa của Viện sức khỏe Hoa Kỳ năm 1996, “CSBĐ là việc cung cấp các dịch vụ CSSK tích hợp và dễ tiếp cận bởi các bác sĩ lâm sàng chịu trách nhiệm giải quyết phần lớn nhu cầu CSSK cá nhân, thông qua phát triển quan hệ đối tác bền vững với bệnh nhân và thực hành trong bối cảnh của gia đình và cộng đồng”.

Dịch vụ y tế (DVYT): bất kỳ dịch vụ nào nhằm góp phần nâng cao sức khỏe hoặc để chẩn đoán, điều trị và phục hồi chức năng cho người bệnh/người dân.

Gánh nặng bệnh tật: Chỉ số đo lường mức độ chênh lệch giữa tình hình sức khỏe hiện tại và tình huống lý tưởng trong đó tất cả mọi người đều sống đến già, không có bệnh tật hay bị tàn phế.

Y tế cơ sở (YTCS): Khái niệm YTCS được sử dụng trong tài liệu này áp dụng theo Chỉ thị 06-CT/TW của Ban Chấp hành trung ương ngày 22/01/2002 và Quyết định số 2348/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ ngày 05/12/2016. Theo đó, YTCS là mạng lưới bao gồm y tế thôn, bản, xã, phường, quận, huyện, thị xã theo Chỉ thị; bao gồm cả y tế công lập và y tế tư nhân. Đó là hệ thống các tổ chức, thiết chế y tế trên địa bàn huyện, có sự kết nối hữu cơ giữa các cơ sở y tế tuyến xã với tuyến huyện, để thực hiện CSSK dựa trên những nguyên tắc và giá trị của CSSKBĐ.

HỌC PHẦN I. TỔNG QUAN VỀ Y HỌC GIA ĐÌNH

TaiLieu.vn

BÀI 1. KHÁI NIỆM, LỊCH SỬ PHÁT TRIỂN VÀ VAI TRÒ CỦA CHUYÊN NGÀNH Y HỌC GIA ĐÌNH

Mục tiêu:

1. Trình bày được khái niệm về chuyên ngành Y học gia đình.
2. Mô tả được lịch sử phát triển của chuyên ngành Y học gia đình trên Thế giới và ở Việt Nam.
3. Phân tích được vai trò của chuyên ngành Y học gia đình trong hệ thống y tế Việt Nam

ĐẶT VẤN ĐỀ

Y học gia đình (YHGĐ) là một chuyên khoa lâm sàng đa khoa. Bác sĩ gia đình (BSGD) thực hành lâm sàng, chú trọng vào việc phát hiện và xử trí các bệnh, cấp cứu thường gặp tại cộng đồng, quan tâm đến việc quản lý và nâng cao sức khỏe cho cá nhân, hộ gia đình và cộng đồng. Chuyên ngành YHGĐ xuất hiện từ những năm 1960 nhằm đáp ứng với sự thay đổi mô hình bệnh tật và nhu cầu sử dụng dịch vụ y tế của người dân. Với những thế mạnh của mình, BSGĐ đã cho thấy hiệu quả trong việc tăng cường khả năng tiếp cận và nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe (CSSK) cho người dân với mức chi phí hợp lý ở nhiều nước trên thế giới.

1. KHÁI NIỆM VỀ Y HỌC GIA ĐÌNH

Y học gia đình là một chuyên ngành y học cung cấp dịch vụ CSSK toàn diện, liên tục cho cá nhân, gia đình và cộng đồng. Công tác quản lý và CSSK chủ yếu tại nơi người dân dễ tiếp cận/ nơi tiếp cận ban đầu (tuyên y tế cơ sở như trạm y tế xã, phòng khám đa khoa,...). Chuyên ngành YHGĐ nhấn mạnh đến việc chăm sóc toàn diện các vấn đề sức khỏe từ lần thăm khám đầu tiên, tiếp tục theo dõi, đánh giá, và chăm sóc các bệnh mạn tính (dự phòng bệnh, chẩn đoán, điều trị, phục hồi chức năng). Đồng thời, YHGĐ còn nhấn mạnh đến sự phối hợp và lồng ghép các dịch vụ y tế cần thiết trong công tác CSSK, lấy người bệnh làm trung tâm.

Bác sĩ gia đình được đào tạo chuyên môn để cung cấp dịch vụ CSSK cho tất cả người dân không phân biệt tuổi tác, giới tính, vấn đề sức khỏe; cung cấp các dịch vụ CSSKBĐ và liên tục cho cá nhân, gia đình, cộng đồng; giải quyết các vấn đề về thể chất, tâm lý và xã hội; phối hợp các dịch vụ CSSK toàn diện với các bác sĩ/chuyên gia khác khi cần thiết. BSGĐ chịu trách nhiệm CSSK cho một cộng đồng dân cư nhất định. Ở một số nước còn được gọi là bác sĩ thực hành đa khoa. Bác sĩ gia đình cần có kiến thức, thái độ và kỹ năng về lâm sàng đa khoa, dự phòng nâng cao sức khỏe và kỹ năng tư vấn để cung cấp được hầu hết các dịch vụ CSSKBĐ.

1.1. Định nghĩa về Y học gia đình

* *Tổ chức Y tế Thế giới (WHO)*: BSGĐ là thầy thuốc thực hành lâm sàng có chức năng cung cấp dịch vụ CSSK trực tiếp và liên tục cho các thành viên trong hộ gia đình. BSGĐ tự chịu trách nhiệm cung cấp toàn bộ các chăm sóc y tế hoặc hỗ trợ cho các thành viên trong hộ gia đình tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế khác.

* *Hiệp hội BSGĐ Thế giới (WONCA)*: BSGĐ là những thầy thuốc chịu trách nhiệm chăm sóc sức khỏe liên tục và toàn diện cho cá nhân trong bối cảnh gia đình, cho gia

đình trong bối cảnh cộng đồng, không phân biệt tuổi, giới, chủng tộc, bệnh tật cũng như điều kiện văn hoá và tầng lớp xã hội.

* *Hiệp hội BSGĐ Hoa Kỳ*: YHGD là một chuyên ngành y học kết hợp giữa sinh học, y học lâm sàng và khoa học hành vi, chịu trách nhiệm cung cấp dịch vụ CSSKBD toàn diện, liên tục cho cá nhân và hộ gia đình không phân biệt lứa tuổi, giới tính và bệnh tật.

* *Tổ chức BSGĐ Châu Âu*: YHGD là một chuyên ngành khoa học có nội dung đào tạo và nghiên cứu cũng như cơ sở bằng chứng và hoạt động lâm sàng với đặc trưng riêng. YHGD là một chuyên ngành lâm sàng theo định hướng chăm sóc sức khỏe ban đầu.

1.2. Chức năng của bác sĩ gia đình

1. Trách nhiệm trong việc chăm sóc toàn diện, liên tục cho từng cá thể và cả gia đình trong giai đoạn ốm đau, phục hồi, cũng như khi khỏe mạnh. Phát hiện sớm các vấn đề sức khỏe của người bệnh.
2. Quan tâm đến nhiều lĩnh vực thuộc y học lâm sàng.
3. Có khả năng giải quyết được nhiều vấn đề sức khỏe xảy ra đồng thời trên một người bệnh. Kiến thức chuyên môn rộng, chú trọng đến việc phát hiện và xử trí các bệnh và cấp cứu thường gặp; ưu tiên quản lý và điều trị người bệnh ngoại trú (đáp ứng khoảng 90% nhu cầu CSSK của người dân).
4. Có khả năng điều phối các nguồn lực cần thiết đáp ứng cho yêu cầu CSSK toàn diện của người bệnh.
5. Nhiệt tình trong công việc, luôn cập nhật kiến thức thông qua các khóa đào tạo liên tục (CME).
6. Ham học hỏi, tìm tòi các vấn đề mới nảy sinh trong quá trình thực hành lâm sàng.
7. Có kỹ năng điều trị và quản lý các bệnh mạn tính (dự phòng và hạn chế biến chứng).
8. Có khả năng tư vấn cho người bệnh và gia đình về các hành vi có lợi cho sức khỏe, yếu tố nguy cơ, bệnh tật và nguyên tắc dự phòng giúp nâng cao sức khỏe.
9. Có khả năng xử lý các tình huống phức tạp về tâm lý và các yếu tố xã hội trong quá trình chăm sóc người bệnh, kể cả khi người bệnh tử vong.
10. Yêu thương, cảm thông sâu sắc với người bệnh. Duy trì được sự hài lòng của người bệnh và gia đình họ.

Ngoài các kiến thức, kỹ năng và thái độ chung cho BSGĐ trên toàn thế giới, việc đào tạo BSGĐ tại mỗi quốc gia cũng có một số đặc thù riêng. Tổ chức Y tế Thế giới đã nêu vai trò của “*Bác sĩ năm sao*”:

- Người cung cấp dịch vụ CSSK: xem xét người bệnh một cách toàn diện, cung cấp các dịch vụ CSSK chất lượng cao, toàn diện, liên tục, cá thể từng người bệnh, xây dựng mối quan hệ lâu dài, tin tưởng.
- Người ra quyết định: là người đưa ra được các quyết định về chẩn đoán, điều trị có tính khoa học và sử dụng các công nghệ, có tính đến kỳ vọng của người dân, giá trị đạo đức, và cân nhắc lợi ích – chi phí. Cung cấp các dịch vụ tốt nhất có thể được cho người bệnh.

- Người tư vấn: giáo dục sức khỏe, tư vấn hiệu quả giúp xây dựng lối sống lành mạnh cho cá nhân và cộng đồng.
- Người lãnh đạo cộng đồng: là người được mọi người tin tưởng, có khả năng dung hòa những yêu cầu về mặt sức khỏe của cá nhân và cộng đồng.
- Người quản lí: là người có thể làm việc hài hòa với các cá nhân và tổ chức trong cũng như ngoài hệ thống y tế để đáp ứng các nhu cầu của từng người bệnh và cộng đồng. Sử dụng hợp lí các dữ liệu/ thông tin sức khỏe sẵn có (y học chứng cứ). Có phương pháp làm việc nhóm hiệu quả.

2. LỊCH SỬ PHÁT TRIỂN CHUYÊN NGÀNH Y HỌC GIA ĐÌNH

2.1. Bối cảnh ra đời chuyên ngành Y học gia đình

Chuyên ngành YHGD ra đời là sự đáp ứng kịp thời của hệ thống y tế ở các nước phát triển vào những năm 1960s với sự thay đổi về nhu cầu CSSK của cộng đồng trong bối cảnh điều kiện kinh tế phát triển và sự thay đổi mô hình bệnh tật cũng như sự phân mảnh trong tổ chức của hệ thống y tế.

Mô hình bệnh tật thay đổi với sự gia tăng gánh nặng của nhóm bệnh không lây nhiễm: Sự gia tăng của các bệnh không lây nhiễm như tăng huyết áp, đái tháo đường, hen phế quản, COPD, bệnh cơ xương khớp mạn tính,... Mặt khác, tuổi thọ gia tăng cũng khiến cho người cao tuổi thường có xu hướng mắc nhiều bệnh mạn tính phối hợp cùng một lúc đòi hỏi người thầy thuốc phải có kiến thức tổng hợp hơn và có sự phối hợp lồng ghép với các chuyên khoa khác nhau trong công tác CSSK.

Sự thay đổi về nhu cầu khám chữa bệnh, CSSK của người dân: Điều kiện kinh tế phát triển, dẫn đến người dân có nhu cầu cao hơn trong CSSK, không chỉ điều trị bệnh tật mà còn có nhu cầu tư vấn, giáo dục sức khỏe, dự phòng và nâng cao sức khỏe. Mô hình bệnh tật thay đổi với sự gia tăng các bệnh không lây nhiễm, công tác chăm sóc theo đó cũng có sự chuyển dịch dần từ điều trị nội trú bệnh lây nhiễm tại các bệnh viện sang quản lí, chăm sóc ngoại trú cho các bệnh mạn tính. Thời gian chăm sóc người bệnh cũng kéo dài hơn, không chỉ điều trị bệnh mà còn phải hướng dẫn dự phòng, phục hồi chức năng. Điều này đòi hỏi phải có sự tham gia của gia đình và cộng đồng.

Hệ thống y tế: tại thời điểm đó, hệ thống y tế quá chú trọng vào công tác chăm sóc tại bệnh viện với sự chuyên khoa hoá ngày càng cao trong đội ngũ nhân lực y tế. Điều đó dẫn đến sự phân mảnh, cắt đoạn trong hệ thống chăm sóc y tế, thiếu sự CSSK phối hợp, toàn diện và lồng ghép.

Để đáp ứng với nhu cầu CSSK trong tình hình mới cần có các bác sĩ thực hành lâm sàng đa khoa đảm bảo chất lượng, vì vậy đã hình thành chuyên ngành YHGD. Sự phức tạp của mô hình bệnh tật đòi hỏi có sự phối hợp làm việc nhóm của các cán bộ y tế. Nhóm chăm sóc đa ngành (bao gồm bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh, cán bộ dược,...) giúp cung cấp hiệu quả các dịch vụ y tế.

2.2. Lịch sử phát triển chuyên ngành Y học gia đình trên thế giới

Với sáu nguyên lí cơ bản của chuyên ngành Y học gia đình là chăm sóc sức khỏe liên tục, chăm sóc sức khỏe toàn diện, chăm sóc sức khỏe phối hợp, dự phòng và nâng cao sức khỏe, hướng gia đình và hướng cộng đồng, chuyên ngành YHGD đã chứng tỏ hiệu quả trong việc cung cấp các dịch vụ CSSK toàn diện có chất lượng với mức chi phí hợp lí và khả năng dễ tiếp cận.

Quá trình phát triển chuyên ngành YHGD với đội ngũ các BSGĐ được đào tạo được phản ánh bằng sự tăng trưởng nhanh chóng về số lượng các thành viên của Hội bác sĩ gia đình thế giới (WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians, với tên gọi ngắn là: World Organization of Family Doctors) từ 18 thành viên sáng lập vào năm 1972 đến năm 2017 đã phát triển tại 132 quốc gia và vùng lãnh thổ.

Phạm vi đào tạo và thực hành của mỗi BSGĐ thay đổi tùy theo bối cảnh công việc, vai trò trong hệ thống y tế, phương thức tổ chức và nguồn lực của hệ thống y tế ở mỗi nước. Ở những nước có số lượng bác sĩ còn ít như ở một số quốc gia Châu Phi, các BSGĐ được đào tạo cho hệ thống y tế công và là những nhân viên y tế cốt cán của các bệnh viện khu vực/bệnh viện tuyến huyện, thực hiện một số phẫu thuật bao gồm cả mổ lấy thai, chấn thương, và CSSK toàn diện cho cả người lớn và trẻ em ở khu vực đó. Ở một số quốc gia thuộc châu Âu, các BSGĐ có thể tập trung cho công tác CSSK ngoại trú và đóng vai trò là người “*gác cổng*”. Với sự gia tăng của các bệnh không lây nhiễm (NCDs) trên toàn thế giới đã chứng minh vai trò của các phòng khám BSGĐ trong công tác quản lý, điều trị người bệnh ngoại trú.

Với các lí do trên, chuyên ngành YHGD đã phát triển rộng rãi ở nhiều nước trên thế giới như: Hoa Kỳ, Canada, Úc, Anh, Thụy Điển, Bỉ, Pháp, Singapor, Ấn Độ, Philippine, Hồng Kông, Hàn Quốc, Nhật Bản, Malaysia, Đài Loan, Thái Lan, Indonexia, Thổ Nhĩ Kỳ, Nga, Estonia,... Với các nước đang phát triển, Braxin và Cu Ba là những ví dụ điển hình chứng minh hiệu quả CSSKBĐ của việc phát triển YHGD, tình trạng sức khỏe người dân tại các nước này tương đương với các nước phát triển.

2.3. Lịch sử phát triển chuyên ngành Y học gia đình tại Việt Nam

2.3.1. Chủ trương của Đảng và Chính phủ đối với công tác chăm sóc sức khỏe

Chăm sóc sức khỏe nhân dân là một trong những trọng tâm ưu tiên trong chính sách của Đảng và Nhà nước ta. Ngày 25/10/2017, Nghị quyết số 20-NQ/TW của Ban chấp hành Trung ương về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới đã nêu việc “*Phát triển Y học gia đình*” là một trong các giải pháp.

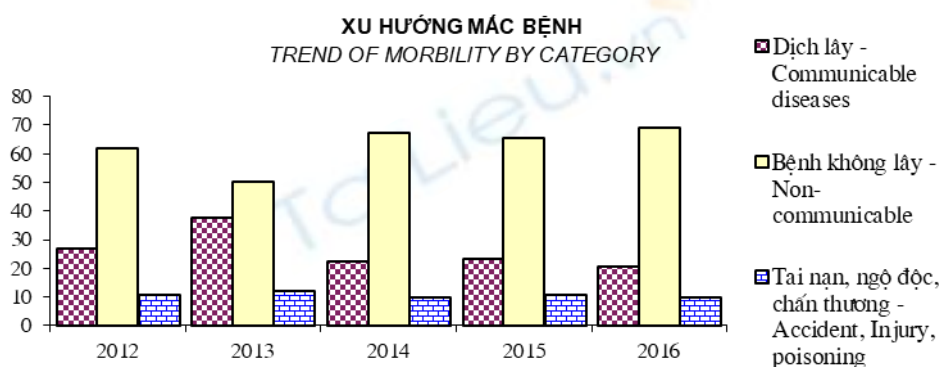
Ngày 31/12/2017, Chính phủ đã ban hành Nghị quyết số 139/NQ-CP về chương trình hành động thực hiện Nghị quyết số 20-NQ/TW của Ban chấp hành Trung ương Đảng. Nghị quyết 139 đã chỉ rõ cần đổi mới y tế cơ sở với việc: “*Triển khai mô hình trạm y tế tuyến xã hoạt động theo nguyên lí y học gia đình, phòng khám bác sĩ gia đình cùng làm nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, phòng bệnh và khám, chữa bệnh cho nhân dân trên địa bàn...*”.

Bộ Y tế đã ban hành các quyết định, chương trình hành động và thông tư để phát triển mạng lưới y tế cơ sở: Quyết định số 1379/CTr-BYT ngày 19/12/2017 (*triển khai việc lập và quản lí hồ sơ sức khỏe cá nhân, hướng dẫn các trạm y tế xã phải tổ chức hoạt động theo đúng nguyên lí y học gia đình*); Quyết định số 1383/HD-BYT ngày 19/12/2017 về việc triển khai mô hình điểm tại 26 TYT xã giai đoạn 2018-2020 (*các trạm thực hiện nguyên lí của y học gia đình, chăm sóc sức khỏe lồng ghép, đặc biệt là có thể thực hiện ngay việc theo dõi, quản lí sức khỏe đến từng người dân*); Thông tư số 21/2019/TT-BYT ngày 21/08/2019 (*hướng dẫn thi điểm về hoạt động Y học gia đình*).

2.3.2. Sự thay đổi của mô hình bệnh tật và nhu cầu chăm sóc sức khỏe

Gánh nặng của các bệnh không lây nhiễm cùng với sự xuất hiện và diễn biến khó lường của một số dịch bệnh mới nổi làm cho nhu cầu CSSK của người dân ngày càng tăng. Nhóm bệnh không lây nhiễm đã chiếm tới 71% tổng gánh nặng bệnh tật (12,3 triệu DALYs vào năm 2008).

Số liệu từ niên giám thống kê của Bộ Y tế cho thấy sự thay đổi rõ rệt về mô hình bệnh tật trong số người bệnh đến khám chữa bệnh tại cơ sở y tế. Theo đó, tỷ trọng các bệnh không lây nhiễm tăng liên tục từ 39,0% năm 1986 lên 71,6% năm 2010. Theo thống kê của WHO, ở Việt Nam trong năm 2016, 77% các trường hợp tử vong mỗi năm của Việt Nam do các bệnh không lây nhiễm. Như vậy trên thế giới cũng như Việt Nam, các bệnh không lây nhiễm đe dọa sự tiến bộ hướng tới Mục tiêu phát triển bền vững bao gồm giảm tỷ lệ tử vong sớm do bệnh không lây nhiễm khoảng 1/3 vào năm 2030.



Hình 1. Cơ cấu bệnh tật giai đoạn 2012 -2016

Nguồn: Niên giám thống kê y tế 2016. NXB Y học năm 2018

Bảng 1. Phân bố nguyên nhân tử vong tại cộng đồng, điều tra tại 16 tỉnh, Việt Nam

Nam			Nữ		
TT	Nguyên nhân	Tỷ lệ (%)	TT	Nguyên nhân	Tỷ lệ (%)
1	Tai biến mạch máu não	16,6	1	Tai biến mạch máu não	18,0
2	Tai nạn giao thông	7,6	2	Viêm phổi	4,0
3	Ung thư gan	6,4	3	Tăng huyết áp có suy tim	3,5
4	Ung thư phổi	4,7	4	Bệnh tim thiếu máu cục bộ	3,5
5	Viêm phổi	3,7	5	Các bệnh tim khác	3,0
6	Bệnh tim thiếu máu cục bộ	3,7	6	Ung thư gan	3,0
7	HIV	3,6	7	Bệnh đường hô hấp dưới mạn tính	2,9
8	Bệnh gan	3,4	8	Đái tháo đường	2,8
9	Bệnh hô hấp dưới mạn tính	3,4	9	Tai nạn giao thông	2,4
10	Bệnh lao	3,3	10	Ung thư phổi	2,2
	Vấn đề SK/triệu chứng	11,5		Vấn đề SK/triệu chứng	24,9
	Các nguyên nhân khác	31,9		Các nguyên nhân khác	29,9

Nguồn: Nguyen Phuong Hoa, et al (2012). Mortality measures from sample-based surveillance: Evidence of the epidemiological transition in Vietnam. Bull WHO, 90, 764–772

Sự già hóa dân số, gia tăng các bệnh không lây nhiễm làm cho nhu cầu CSSK tăng. Hiện nay, nhu cầu sử dụng dịch vụ y tế đã thay đổi, người dân không chỉ có nhu cầu khám, điều trị bệnh mà còn có nhu cầu được tư vấn, dự phòng và nâng cao sức khỏe, được quản lý điều trị các bệnh mạn tính tại cộng đồng. Bên cạnh đó, tình trạng quá tải tại các cơ sở tuyến trên đòi hỏi phải có những giải pháp thích hợp để tăng cường khả năng phân loại, xử trí và điều trị cũng như dự phòng bệnh ngay tại tuyến y tế cơ sở.

2.3.3. Thực trạng của hệ thống y tế và sự cần thiết đổi mới

Trong thời gian qua, Việt Nam đã đạt được nhiều thành tựu to lớn, cải thiện đáng kể tình trạng sức khỏe của người dân. Bên cạnh những thành tựu to lớn trong công tác CSSK, mạng lưới cung ứng dịch vụ y tế cũng bộc lộ nhiều khó khăn, hạn chế và hàng loạt vấn đề cần được giải quyết, đổi mới:

– *Sự mất cân đối của hệ thống cung ứng dịch vụ y tế:*

- ✓ Quá tải ở tuyến trên, dưới tải ở tuyến dưới;
- ✓ Mất cân đối giữa lĩnh vực y tế dự phòng và điều trị;
- ✓ Mất cân đối giữa dịch vụ CSSKBĐ với dịch vụ bệnh viện (chăm sóc chuyên khoa);

- ✓ Mất cân đối trong phân bổ nguồn lực giữa tuyến trên và y tế cơ sở;
- ✓ Mất cân đối trong phân bổ nhân lực y tế giữa khu vực thành thị và nông thôn,...
- *Sự phân mảnh trong tổ chức cung ứng dịch vụ*, chưa thực hiện tốt chăm sóc phối hợp, lồng ghép, liên tục:
 - ✓ Các cơ sở thực hiện CSSK hoạt động khá độc lập và tập trung nhiều vào điều trị cho các cá nhân tại cơ sở y tế hơn là chăm sóc, nâng cao sức khỏe, quản lý và theo dõi tại cộng đồng;
 - ✓ Thiếu sự chia sẻ thông tin giữa các cơ sở y tế; hệ thống chuyển tuyến còn bất cập, thiếu điều kiện cần thiết để chia sẻ thông tin về người bệnh giữa các tuyến và các cơ sở y tế.
- *Hiệu suất của cả hệ thống chưa cao*:
 - ✓ Công tác CSSKBD và mạng lưới y tế cơ sở là các yếu tố mang lại hiệu quả - chi phí cao đối với cả hệ thống chưa được phát triển đúng mức;
 - ✓ CSSK ngoài cơ sở y tế (tại cộng đồng và gia đình) chưa được chú trọng;
 - ✓ Sử dụng quá ít dịch vụ ngoại trú tại y tế tuyến cơ sở;
 - ✓ Còn tỷ lệ nhập viện không cần thiết,... gây lãng phí (theo ước tính của Ngân hàng Thế giới, tỷ lệ nhập viện không cần thiết tại Việt Nam khoảng 20%);
 - ✓ Hiệu suất sử dụng các nguồn lực (nhân lực, tài chính, cơ sở vật chất) chưa cao.
- *Năng lực cung ứng dịch vụ của mạng lưới y tế cơ sở còn hạn chế, chất lượng dịch vụ thấp và chưa được người dân tin cậy*:
 - ✓ Tỷ lệ xử trí đúng các bệnh thường gặp tại YTCS chưa cao;
 - ✓ Nhân lực y tế ở tuyến cơ sở chưa bảo đảm về số lượng và chất lượng. Nhiều địa bàn khó thu hút nhân lực y tế ở tuyến y tế cơ sở, nhất là khu vực nông thôn và miền núi;
 - ✓ Việc quản lý các bệnh không lây nhiễm chưa được triển khai hiệu quả ở trạm y tế xã;
 - ✓ Quản lý chất lượng và hỗ trợ chuyên môn kỹ thuật từ tuyến trên chưa đạt được hiệu quả như mong đợi.
- *Tính công bằng trong tiếp cận dịch vụ y tế còn hạn chế*:
 - ✓ Có sự chênh lệch rõ rệt về mức độ tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế giữa các nhóm mức sống;
 - ✓ Tỷ trọng chi từ tiền túi của hộ gia đình cho y tế còn cao.
- *Việc cập nhật thông tin y tế, đào tạo liên tục cho cán bộ y tế tuyến cơ sở*: Hiện nay, tại tuyến y tế cơ sở với yêu cầu khám chữa bệnh đa khoa, thực hiện công tác phòng bệnh, nâng cao sức khỏe. Việc phát triển chuyên ngành YHGD sẽ góp phần bổ sung số lượng cán bộ y tế có trình độ lâm sàng đa khoa, nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh, tăng khả năng tiếp cận dịch vụ y tế cho người dân đặc biệt là nhóm người nghèo và góp phần giảm tải cho các cơ sở y tế tuyến trên. Đây là yêu cầu cấp bách, là một giải pháp quan trọng giúp nâng cao chất lượng công tác CSSKBD ở tuyến y tế cơ sở.

2.3.4. Quá trình phát triển chuyên ngành Y học gia đình tại Việt Nam

Với 25 năm xây dựng và phát triển chuyên ngành YHGD tại Việt Nam đã triển khai nhiều hoạt động:

- Năm 2000, triển khai Dự án phát triển mạng lưới BSGĐ ở Việt Nam với mục tiêu chính là đào tạo bác sĩ CKI chuyên ngành YHGD và xây dựng Bộ môn/Trung tâm YHGD tại các trường đại học Y Dược. Dự án được Trường Đại học Y Hà Nội triển khai, tham gia Dự án có Trường Đại học Y Dược Hồ Chí Minh và Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.
- Ngày 26/04/2005, Hội Bác sĩ gia đình Việt Nam được thành lập với Quyết định số 43/2005/QĐ-BNV của Bộ nội vụ.
- Ngày 22/03/2013, Bộ Y tế phê duyệt Đề án xây dựng và phát triển mô hình phòng khám BSGĐ giai đoạn 2013-2020 (Quyết định 935/QĐ-BYT).
- Ngày 27/04/2016, Bộ Y tế phê duyệt Kế hoạch nhân rộng và phát triển mô hình phòng khám BSGĐ tại Việt Nam giai đoạn 2016-2020 (Quyết định số 1568/QĐ-BYT).
- Ngày 21/08/2019, Bộ Y tế ban hành Thông tư 21 hướng dẫn thí điểm về hoạt động Y học gia đình (Thông tư số 21/2019/TT-BYT)

Nhiều địa phương trên cả nước triển khai hoạt động Y học gia đình đã cho thấy chất lượng khám bệnh, chữa bệnh đã được nâng cao, cải thiện mức độ hài lòng của người bệnh đối với các dịch vụ được cung cấp tại cơ sở y tế.

Các hình thức đào tạo chuyên ngành YHGD tại Việt Nam:

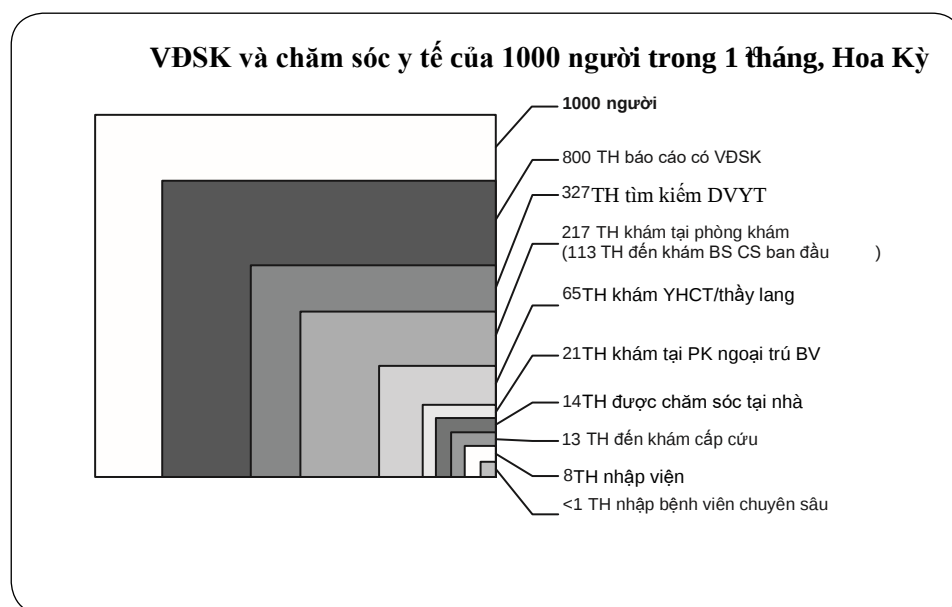
- Trường Đại học Y Hà Nội đã xây dựng các chương trình đào tạo chuyên ngành YHGD:
 - + *Bác sĩ CKI YHGD* (Bộ Y tế phê duyệt ngày 20/11/2000);
 - + *Thạc sĩ YHGD* (Bộ giáo dục và Đào tạo phê duyệt ngày 30/09/2010);
 - + *Bác sĩ nội trú YHGD* (Bộ Y tế phê duyệt ngày 28/11/2016);
 - + *Chương trình đào tạo 3 tháng “CSSKBĐ theo nguyên lí YHGD”* (Bộ Y tế phê duyệt ngày 08/12/2014)
- Trường Đại học Y Dược Hồ Chí Minh xây dựng chương trình đào tạo Bác sĩ CKII YHGD (Bộ Y tế phê duyệt ngày 14/01/2014)
- *Chương trình đào tạo đại học*: Môn Y học gia đình được đưa vào Chương trình khung của sinh viên y khoa (Bộ giáo dục và Đào tạo phê duyệt ngày 13/01/2012).
- Dự án HPET của Bộ Y tế đã ban hành *Chương trình đào tạo 3 tháng “CSSKBĐ theo nguyên lí YHGD dành cho bác sĩ công tác tại TYT xã”* ngày 08/05/2017; sau hơn hai năm triển khai chương trình đã được chỉnh sửa và ban hành ngày 27/11/2019.
- *Các hình thức đào tạo khác*: Chương trình CSSKBĐ theo nguyên lí YHGD cho y sĩ, điều dưỡng, hộ sinh, cán bộ dược; các khóa định hướng chuyên ngành YHGD cho các đối tượng cán bộ y tế

3. VAI TRÒ CỦA YHGD TRONG HỆ THỐNG Y TẾ VÀ CÔNG TÁC CSSKBĐ

YHGD là một chuyên ngành lâm sàng đa khoa chú trọng vào công tác CSSKBD. Các BSGĐ thực hành với sáu nguyên lý cơ bản, và với đặc trưng lấy người bệnh làm trung tâm, tính toàn diện, tính liên tục và tính lòng ghép giúp cho chuyên ngành YHGD phù hợp cung cấp dịch vụ CSSKBD tối ưu.

Bác sĩ gia đình được đào tạo chuyên môn đa khoa sẽ đáp ứng khoảng 80-90% nhu cầu CSSK của người dân, thích hợp làm việc tại các phòng khám thuộc hệ thống y tế công và tư nhân ở mọi tuyến từ trung ương đến cơ sở, đặc biệt là tuyến y tế cơ sở để giải quyết các vấn đề sức khỏe/ bệnh mà người dân trong cộng đồng thường gặp, quản lý và điều trị người bệnh ngoại trú. Khi người bệnh có thể sẵn sàng tiếp cận với các dịch vụ CSSKBD ở tuyến cơ sở, họ sẽ ít có nhu cầu tìm đến các dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện thường tốn kém hơn và ít tiện lợi hơn. Một nghiên cứu ở Anh đã chỉ ra rằng nếu tăng thêm một bác sĩ gia đình phục vụ cho một cộng đồng dân cư với khoảng 10000 người dân sẽ giảm được 6% tỉ lệ tử vong chung.

Kerr White và cộng sự, năm 1961 đã điều tra nhu cầu CSSK của cộng đồng tại Hoa Kỳ, qua đó chứng minh vai trò của chuyên ngành YHGD. Kết quả cho thấy phân bố chăm sóc ban đầu chiếm tỷ trọng chủ yếu (90% nhu cầu CSSK), chỉ còn 10% số người cần khám chữa bệnh tại cơ sở y tế tuyến cao hơn. Tuy nhiên, hầu hết các vấn đề đào tạo và nghiên cứu lại dựa trên các người bệnh nằm điều trị ở các bệnh viện lớn. Do đó thông tin không thật sự phản ánh chính xác mô hình bệnh tật trong cộng đồng. 40 năm sau (năm 2001), Green và cộng sự đã tiến hành một điều tra tương tự của Kerr White cũng cho thấy không có sự khác biệt về mô hình nhu cầu CSSK. Số người bệnh đến khám các bác sĩ CSSKBD cao hơn 12 lần so với số người đến bệnh viện. Tỷ trọng chủ yếu vẫn nằm ở công tác CSSKBD, tự chăm sóc và chăm sóc ngoại trú. Các vấn đề sức khỏe phổ biến nhất ở hầu hết các cộng đồng nằm ngoài khả năng phát hiện, phân tích và đáp ứng bởi các bệnh viện và trung tâm y tế chuyên sâu.



Kinh nghiệm và chuyên môn của BSGĐ khác biệt so với các bác sĩ thuộc những chuyên khoa khác: **“Ở bệnh viện, bệnh thì vẫn còn đó và người bệnh đến rồi đi. Trong thực hành Y học gia đình, người bệnh ở lại, còn bệnh đến rồi đi”**. Trái ngược, bác sĩ chuyên khoa khác, chỉ chăm sóc sức khỏe cho nhóm đối tượng đặc thù, căn cứ vào tuổi tác, giới tính, hoặc vấn đề sức khỏe. Quá trình thực hành của các BSGĐ phải đối mặt với một số lượng lớn các vấn đề thường gặp trong CSSKBD. Điều

này có liên quan mật thiết đến công tác đào tạo bác sĩ và nhấn mạnh tầm quan trọng của việc huấn luyện các bác sĩ đa khoa trong môi trường cộng đồng nơi mà họ sẽ gặp người bệnh với những vấn đề sức khỏe mà họ sẽ phải xử lý được trong tương lai thực hành của mình.

Việc người bệnh được BSGĐ chăm sóc liên tục mang lại nhiều hiệu quả tích cực như rút ngắn thời gian điều trị và nằm viện, giảm số lượng các xét nghiệm và tăng cường sự tin cậy của người bệnh đối với thầy thuốc. Nhiều nghiên cứu cũng cho thấy chăm sóc toàn diện và liên tục có liên quan với việc cải thiện kết quả đầu ra về sức khỏe của người bệnh ở mọi lứa tuổi, bao gồm giảm tỷ lệ trẻ nhẹ cân khi sinh, giảm tỷ lệ tử vong trẻ em, giảm số lần và thời gian nhập viện ở người cao tuổi và giảm chi phí cho chăm sóc y tế.

Tổ chức Y tế Thế giới đã nhận định: *“Bác sĩ gia đình đóng một vai trò trung tâm trong việc đạt được các mục tiêu về chất lượng, chi phí – hiệu quả, và tính công bằng trong các hệ thống chăm sóc sức khỏe”*. Với sự gia tăng các bệnh không lây nhiễm chứng minh vai trò của các BSGĐ – người được đào tạo kỹ càng trong quản lý điều trị và chăm sóc người bệnh mạn tính và mắc cùng lúc nhiều bệnh.

Kết luận: Sự kết hợp độc đáo các thuộc tính đặc trưng của BSGĐ cũng nói lên những đóng góp của họ trong hệ thống y tế. Việc hình thành và phát triển chuyên ngành YHGD là tất yếu góp phần quan trọng vào công tác CSSKBĐ. Về mặt xã hội, chuyên ngành YHGD giúp tiết kiệm được nhiều công sức và tiền của của cá nhân, gia đình và xã hội do được dự phòng ở từng cá nhân và ngay tại hộ gia đình nên nhiều bệnh tật không phát sinh. Việc phát hiện và điều trị bệnh sớm giúp giảm gánh nặng chi phí so với việc điều trị bệnh ở giai đoạn muộn. Ở góc độ rộng hơn, chuyên ngành YHGD mang ý nghĩa nhân văn, tăng tính công bằng, góp phần phát triển kinh tế và xã hội.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ môn Y học gia đình, Trường Đại học Y Hà Nội (2018). Thực hành Y học gia đình trong chăm sóc ban đầu. Nhà xuất bản Y học.
2. Bộ môn Y học gia đình, Trường Đại học Y Hà Nội (2015). Giáo trình Y học gia đình đại cương. Nhà xuất bản Y học.
3. Charles B, Cynthia H (2002). Improving health systems: The contribution of Family Medicine – A guide book. Wonca.
4. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2012). Đánh giá tình hình thực hiện chức năng nhiệm vụ của trạm y tế các vùng miền. Hà Nội.
5. World Health Organization (2008). World Health Report 2008 – primary health care (now more than ever). Available at: www.who.int/whr/2008/en/
6. Nguyen Phuong Hoa, Rao C, Hoy D, et al (2012). Mortality measures from sample-based surveillance: evidence of the epidemiological transition in Viet Nam. Bull WHO, 90(10), 764–772.

BÀI 2. CÁC NGUYÊN LÝ CƠ BẢN CỦA Y HỌC GIA ĐÌNH

Mục tiêu:

1. Phân tích được các nguyên lý cơ bản của Y học gia đình.
2. Áp dụng được các nguyên lý trong thực hành quản lý, điều trị một số bệnh thường gặp tại cộng đồng

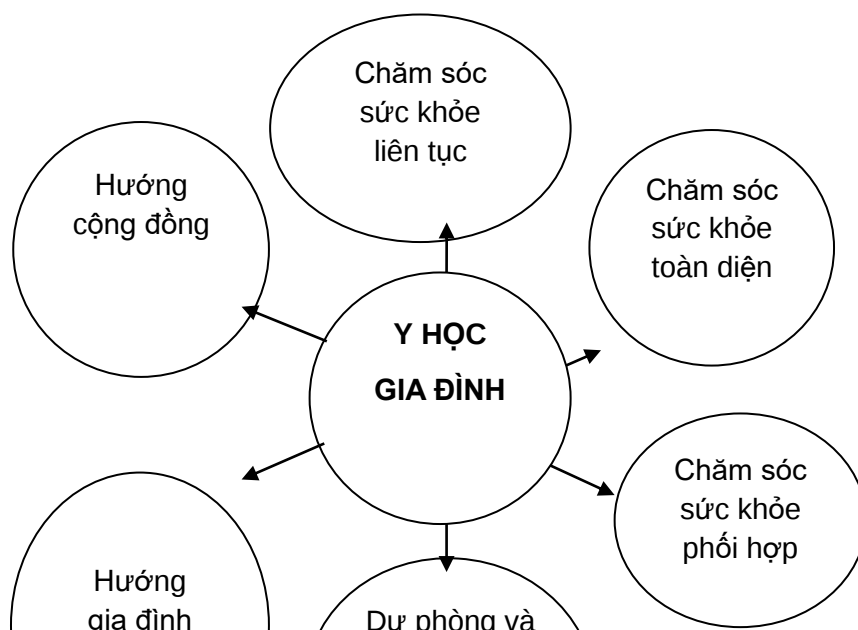
ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, được sự quan tâm của Đảng và Nhà nước, công tác chăm sóc sức khỏe (CSSK) cho nhân dân đã đạt được nhiều thành tựu to lớn. Tuổi thọ của người dân ngày càng tăng, tỷ lệ tử vong ở trẻ em và phụ nữ mang thai giảm rõ rệt, nhiều bệnh dịch nguy hiểm đã được thanh toán hoặc khống chế hiệu quả bằng các chương trình y tế can thiệp và chương trình tiêm chủng mở rộng. Tuy nhiên, hiện nay những hạn chế của hệ thống cung ứng dịch vụ y tế Việt Nam đã được Tổ chức Y tế Thế giới chỉ rõ: thiên về chăm sóc chuyên khoa ở bệnh viện; thương mại hóa dịch vụ y tế không được kiểm soát; sự phân mảnh của mạng lưới cung ứng dịch vụ. Những khó khăn, thách thức nói trên đang tác động tiêu cực đến tính công bằng, hiệu quả của hệ thống y tế, đòi hỏi phải có những can thiệp.

Phát triển chuyên ngành Y học gia đình (YHGD) là một trong những giải pháp giúp nâng cao hiệu quả của công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ). Chuyên ngành YHGD với sáu nguyên lý cơ bản, vận dụng đầy đủ và đúng tất cả các nguyên lý này sẽ giúp cho công tác khám bệnh, chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe cho từng cá nhân lúc khỏe mạnh cũng như khi có bệnh, không phân biệt giới tính, lứa tuổi và vấn đề sức khỏe, dễ dàng tiếp cận, giúp hệ thống y tế nâng cao chất lượng cung ứng dịch vụ.

1. CÁC NGUYÊN LÝ CƠ BẢN CỦA Y HỌC GIA ĐÌNH

Y học gia đình là một chuyên ngành lâm sàng đa khoa. Phần lớn các chuyên khoa được xác định bằng cách loại trừ hoặc giới hạn dựa vào một số yếu tố như tuổi, giới tính hoặc cụ thể cơ quan hay hệ thống của cơ thể. Chuyên ngành YHGD không có giới hạn, mà chịu trách nhiệm CSSK tất cả các lĩnh vực và các cơ quan trong cơ thể. Chuyên ngành YHGD thực hành dựa trên 6 nguyên lý cơ bản đáp ứng được phần lớn các đặc điểm của việc cung ứng dịch vụ y tế được đánh giá tốt theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới và rất phù hợp để nâng cao chất lượng của công tác CSSKBĐ.



Sơ đồ 1. Sáu nguyên lý cơ bản của Y học gia đình

1.1. Chăm sóc sức khỏe liên tục

Tính liên tục trong CSSK là một nguyên tắc quan trọng nhất của chuyên ngành YHGD, và là một đặc trưng mà các bác sĩ gia đình (BSGD) áp dụng trong quá trình cung cấp dịch vụ CSSK. Ở hầu hết các chuyên khoa khác, người bệnh đến với bác sĩ chủ yếu là vì các vấn đề liên quan đến bệnh tật, và người cung cấp dịch vụ CSSK chỉ theo dõi người bệnh trong những lần thăm khám liên quan đến vấn đề bệnh tật đó. Trong YHGD, các bác sĩ xây dựng được một mối quan hệ lâu dài với từng cá nhân, thay vì chỉ tập trung vào một bệnh. Điều này cho phép các BSGD có thể tác động một cách liên tục lên tình trạng sức khỏe của từng cá nhân, bao gồm việc theo dõi các vấn đề sức khỏe trong quá khứ và cả hiện tại; hướng dẫn thực hiện các biện pháp dự phòng.

Quá trình thực hành của BSGD là lấy con người làm trung tâm thay vì lấy bệnh tật làm trung tâm, nó được xây dựng trên mối quan hệ lâu dài theo thời gian giữa BSGD và người dân/ người bệnh. Đối tượng sẽ được quản lý, theo dõi, CSSK và khám chữa bệnh trong thời gian dài và không bị giới hạn bởi bất cứ giai đoạn bệnh lý cụ thể nào. Các thông tin thể hiện việc chăm sóc liên tục là:

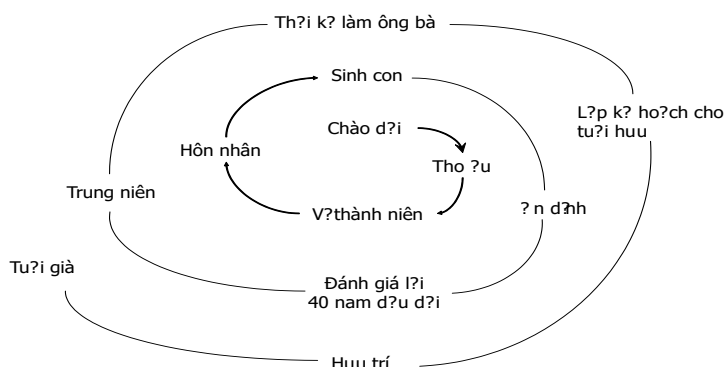
- BSGD biết rõ tiền sử của người bệnh.
- BSGD chú trọng việc giải thích cho người bệnh về sự quan trọng của việc theo dõi sức khỏe.
- BSGD bàn bạc với người bệnh về kế hoạch CSSK lâu dài cũng như điều trị các bệnh cấp hoặc mạn tính (nếu người bệnh đang mắc).
- Có sự tin cậy giữa BSGD và người bệnh. Việc chăm sóc liên tục giúp cho quá trình xây dựng mối quan hệ lâu dài và tin cậy lẫn nhau giữa người bệnh và bác sĩ (và cả mối quan hệ đối với gia đình người bệnh).
- Hồ sơ quản lý sức khỏe của người bệnh có các thông tin liên quan đầy đủ, bao gồm tiền sử, thông tin các lần khám và tư vấn, lịch hẹn tái khám định kỳ, tần số khám bệnh và tiếp tục theo dõi sau khi người bệnh phải chuyển lên tuyến trên hoặc chuyển đến bác sĩ chuyên khoa sâu khác điều trị (nếu cần).

Tùy từng người bệnh cụ thể, các BSGD có thể biết đối tượng mà mình CSSK từ lúc sinh đến lúc tử vong. Khi bị mắc bệnh, người bệnh sẽ được BSGD chăm sóc và điều trị từ khi phát hiện bệnh, điều trị bệnh đến lúc phục hồi chức năng. Khác với các chuyên ngành khác, đối tượng theo dõi của thầy thuốc là bệnh với nhiều người bệnh khác nhau, với BSGD đối tượng theo dõi, chăm sóc liên tục là người bệnh và có thể mỗi đợt ốm là một bệnh - *Trong thực hành Y học gia đình, người bệnh ở lại, còn bệnh đến rồi đi.*

Tính liên tục trong CSSK, có 3 khía cạnh cần được xem xét: *tính thông tin, tính liên tục theo thời gian và mối quan hệ giữa các cá nhân.* Tính liên tục về thông tin liên quan đến việc thu thập và cập nhật các thông tin của người bệnh và gia đình họ liên quan đến tình trạng sức khỏe, sử dụng và tiếp cận các thông tin giúp cải thiện hiệu quả

CSSK người bệnh. Thông tin được lưu giữ bằng hồ sơ quản lý sức khỏe, có thể ở dưới dạng hồ sơ điện tử hoặc hồ sơ giấy.

Tính liên tục theo thời gian đề cập đến quy trình chăm sóc, mô tả về cách tiếp cận nhất quán và thống nhất trong việc thỏa mãn các nhu cầu CSSK cho một người bệnh trong thời gian dài. Tính liên tục trong mối quan hệ giữa các cá nhân, thể hiện mối liên hệ mật thiết trong công tác CSSK giữa người bệnh, gia đình họ và bác sĩ. Chăm sóc liên tục theo thời gian cho phép BSGĐ theo dõi một vấn đề sức khỏe cụ thể, đặc biệt trong trường hợp các triệu chứng/ dấu hiệu không rõ ràng để có thể đưa ra một chẩn đoán sớm và chính xác. Tương tự như vậy, chăm sóc liên tục theo thời gian có thể cho phép BSGĐ theo dõi được hiệu quả của phác đồ điều trị đang áp dụng cho người bệnh, thời gian đáp ứng với các biện pháp can thiệp.



Tính
về người t

chi tiết và toàn diện
tục đã được chứng

minh là giúp cải thiện sự hài lòng, tuân thủ điều trị và kết quả điều trị của người bệnh. Bằng cách này, các dịch vụ chăm sóc chất lượng cao có thể được cung cấp mà không cần đến quá nhiều các kỹ thuật, xét nghiệm đắt tiền, niềm tin sẽ được củng cố, chi phí CSSK giảm và các nguy cơ/ tai biến trong quá trình điều trị sẽ được hạn chế tối thiểu.

1.2. Chăm sóc sức khỏe toàn diện

Quá trình thực hành của BSGĐ giúp cung cấp một cách lồng ghép các dịch vụ nâng cao sức khỏe, dự phòng bệnh tật, khám chữa bệnh, điều trị bệnh, phục hồi chức năng và các hỗ trợ về mặt thể chất, tâm lý và xã hội cho từng trường hợp người bệnh cụ thể.

Con người là một thực thể của xã hội, sinh trưởng và phát triển trong một môi trường đa dạng, có nhiều mối quan hệ. Trong quá trình quản lý và CSSK cho người bệnh, người bác sĩ không chỉ xem xét người bệnh dưới góc độ sinh học mà còn phải xem xét cả về mặt xã hội và tâm lý. Y học gia đình không xuất phát đơn thuần từ việc chẩn đoán bệnh và điều trị bệnh mà xuất phát từ việc chẩn đoán đối tượng cụ thể mang bệnh và xử trí/ điều trị cho trường hợp người bệnh đó. Như vậy, người thầy thuốc gia đình xem xét người bệnh trong khuôn khổ các nhu cầu tổng thể của họ. Phải cân nhắc đến tất cả các yếu tố này khi lập kế hoạch chẩn đoán, điều trị và chăm sóc sức khỏe.

Chăm sóc toàn diện còn là cung cấp đầy đủ các dịch vụ và thủ thuật lâm sàng cho các vấn đề sức khỏe thường gặp ở cộng đồng cho mọi đối tượng không phân biệt lứa tuổi, giới tính theo hướng chăm sóc ban đầu với phương thức chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm. Để đảm bảo chăm sóc toàn diện, nhiều khi các bác sĩ chuyên khoa khác cũng cần tham gia vào quá trình điều trị. Tuy nhiên, chính BSGĐ là đầu mối giúp