

Kết hợp đa ngành: Một điều kiện tiên quyết cho sự thành công của các chương trình can thiệp y tế công cộng

Le Vu Anh

Abstract: Multi-disciplinary approach applying in implementing public health intervention programs is a prerequisite for a success. The author tried to explain that by using some concrete and successful examples of PH intervention programs implementing in Vietnamese context such as: the Expanded Program on Immunization (EPI); The National Nutrition Program; Iodine Deficiency Program to demonstrate that without using multi-disciplinary approach these programs would not be success as it would be today and these would not only make changed the pattern of diseases in Vietnam but demonstrated that VN could be able to coordinate a national wide program successfully.

Tác giả:

PGS.TS. Lê Vũ Anh – Hiệu trưởng Trường Đại học Y tế công cộng, 138 Giảng Võ, Hà Nội.

E.mail: lva@hsph.edu.vn

Multi-disciplinary approach: A prerequisite for a success in implementing public health intervention programs

Le Vu Anh

Bài này viết về một đề tài rất quen thuộc trong y văn nói chung và trong hoạt động Y Tế Công Cộng (YTCC) nói riêng. Tuy nhiên, hiểu cận kề về triết lý cũng như những khía cạnh thực hành của nó vẫn còn là một khoảng trống cần thiết phải được bổ sung nhằm động viên một cách có hiệu quả hoạt động này trong việc đảm bảo sự thành công trong các hoạt động can thiệp YTCC.

Các hoạt động YTCC, xét cho cùng đều thông qua một chương trình can thiệp. Chúng ta có thể liệt kê những chương trình can thiệp YTCC đã được triển khai từ trước tới nay ở đất nước ta, trong đó có những chương trình rất thành công như: tiêm chủng

mở rộng, chương trình phòng chống suy dinh dưỡng. Những chương trình này đã không những làm thay đổi căn bản mô hình bệnh tật ở Việt Nam mà còn chứng tỏ được với thế giới rằng khả năng điều phối thành công những hoạt động có quy mô rất lớn của Việt Nam. Những chương trình can thiệp này đã không những làm giảm thiểu nguy cơ tử vong của trẻ em dưới 5 tuổi mà còn làm tăng kỳ vọng sống trung bình của cả một dân tộc. Những chương trình này, nói như vậy, là những chương trình đã thành công về nhiều mặt. Sự thành công của những chương trình này, do đó phải và đã được coi là to lớn không những trong khống chế bệnh tật mà còn là

những đóng góp cho sự phát triển kinh tế xã hội của đất nước. Câu hỏi đặt ra là những nguyên nhân nào đã dẫn tới thành công như vậy? Có phải thành công đó là những đóng góp kỹ thuật của công nghiệp sản xuất vaccin hoặc các chế phẩm sinh học đặc hiệu? Lý giải cho giải thích này là nếu không có vaccin thì làm sao có thể bảo vệ thành công cho những quần thể đích - trong trường hợp này là những trẻ dưới 5 tuổi? Nếu như vậy thì giải thích thế nào cho sự thành công của chương trình phòng chống suy dinh dưỡng? Chương trình này đã làm giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ dưới 5 tuổi của Việt Nam từ gần 52.5% vào năm 1985 khi chưa có chương trình phòng chống suy dinh dưỡng xuống còn 19.9% vào năm 2008 (đối với thể nhẹ cân). Và 59.7% và 32.6% theo thứ tự trên (đối với thể thấp còi).

Hơn nữa, một câu hỏi khác cũng rất quan trọng được đặt ra là khi đã có một vaccin tốt rồi, như trong chương trình tiêm chủng mở rộng, thì làm thế nào để vaccin đó bảo vệ cho một quần thể đích to lớn, bao gồm toàn bộ trẻ dưới 5 tuổi, phân bố trên một khu vực địa lý đa dạng và rộng lớn, với những đặc thù văn hóa, tập quán rất khác nhau? Chúng ta đã có những bằng chứng cho thấy rằng: Việc nhận biết các triệu chứng liên quan tới bệnh thiếu năng trí tuệ đã được công bố từ những thế kỷ thứ hai trước công nguyên, thời Hipocrate, cách đây chừng 2000 năm. Tuy nhiên, phát hiện khoa học về thiếu hụt iode dẫn tới thiếu năng trí tuệ là vào cuối thế kỷ 18. Nhưng phải đến 200 năm sau (1957) phát hiện khoa học đó mới được đưa vào sử dụng trên diện rộng thông qua việc sản xuất ra muối iode. Rồi phải 20 năm sau, muối iode đó mới được đưa vào một chương trình can thiệp cụ thể làm giảm nguy cơ mắc chứng thiếu năng trí tuệ trên các quần thể dân cư ở các nước khác nhau trên thế giới. Nói như thế để thấy rằng, mặc dù đã có những phương pháp đặc hiệu để phòng ngừa một bệnh hoặc vấn đề sức khỏe nhất định nhưng người ta đã phải mất tới hơn 200 năm cho việc triển khai nó rộng rãi. Nói như thế cũng có nghĩa rằng việc tổ chức triển khai thành công một chương trình can thiệp đòi hỏi những điều kiện đặc thù và một quy trình khoa học thì mới có thể cho phép dẫn tới thành công.

Những điều kiện đó là gì?

Ngành y tế, hay cụ thể hơn là những người làm ngành y, từ xa xưa đã được giao trọng trách là chịu trách nhiệm về những gì liên quan tới sức khỏe của

con người. Sức khỏe, đầu tiên được hiểu đó là liên quan tới bệnh tật. Những ai có bệnh là phải điều trị và bác sỹ chịu trách nhiệm điều trị cho những người bệnh. Từ chỗ chịu trách nhiệm điều trị cho những người có vấn đề về sức khỏe, hay nói cách khác là bị mắc bệnh, người bác sỹ kiêm luôn cả việc hướng dẫn người ta cách phòng bệnh và từ đây khái niệm y học dự phòng ra đời. Tuy nhiên, việc hướng dẫn cách phòng bệnh cho từng cá thể mắc bệnh hoàn toàn khác việc phòng bệnh cho một cộng đồng đông dân cư bao gồm cả những người không mắc bệnh và những người mắc các loại bệnh khác nhau, trải rộng trên một khu vực địa lý rộng lớn, với các mức độ đa dạng văn hóa và hành vi thay đổi từ vùng này sang vùng khác. Bệnh tật chỉ không xảy ra khi cái gọi là phòng bệnh được tuân thủ một cách nghiêm ngặt theo đúng những quy trình khoa học được quy định. Lấy ví dụ tiêm chủng mở rộng, vaccin bản thân nó chỉ có thể có tác dụng khi được bảo quản trong những phổ nhiệt độ nhất định nếu quá phổ đó vaccin sẽ không còn tác dụng nữa. Ở đây, có thể thấy ngay vai trò hạn chế của những người được đào tạo trong các trường Đại Học Y vì họ không phải là người chế tạo ra được những dụng cụ đảm bảo giữ vaccin trong phổ nhiệt cần thiết để vaccin còn tác dụng. Những kỹ sư nhiệt lạnh sẽ phải đảm nhiệm việc này. Khi vaccin được đưa tới địa điểm tiêm rồi thì phải có sẵn đủ số lượng trẻ dưới 5 tuổi để có thể tiến hành tiêm. Việc vận động một cách thuyết phục để những trẻ này được đưa đến tiêm mặc dù có thể có những biến chứng cũng không phải điểm mạnh của những người được đào tạo trong các trường Y, vì nó lại liên quan tới những kiến thức tâm lý học, các lý thuyết thay đổi hành vi vốn được giảng dạy tại các trường đại học xã hội, nhân văn. Việc tính đếm tới hiệu suất của chương trình TCMR là việc của những người tốt nghiệp chuyên ngành kinh tế, tài chính. Việc đánh giá mức độ bao phủ, khả năng bảo vệ, quá trình vận hành v.v.. của chương trình là việc của các nhà dịch tễ học. Việc điều phối toàn bộ chương trình ở cấp độ toàn quốc cũng không phải nhiệm vụ của các bác sỹ, vốn được đào tạo tại các trường Y, đó là nhiệm vụ của những quan chức chính trị vì họ được giao các vị trí quyền lực liên ngành. Chính vì được giao các quyền lực liên ngành nên họ cần có sự tư vấn của những người am hiểu tường tận về từng ngành cụ thể. Trong trường hợp này những báo cáo thể hiện đầy đủ các bằng chứng là những báo cáo thuyết

phục, và như vậy không những dễ giành được những quan tâm lúc bắt đầu mà còn trong quá trình thực hiện chương trình (đây chính là giai đoạn quan trọng cho những đóng góp của các cán bộ chuyên môn vào sự thành công của các chương trình. Điều đó có nghĩa là những đóng góp của các cán bộ chuyên môn càng cụ thể, mức độ thực thi cao bao nhiêu thì việc chấp nhận và thực hiện các chương trình càng thuận lợi, dễ dàng và do vậy khả năng thành công càng cao bấy nhiêu.)

Như vậy, nhìn vào một chương trình can thiệp cụ thể ta có thể thấy ngay là sự thành công của những chương trình can thiệp YTCC này, mặc dù nó có bản chất là bảo vệ và tăng cường sức khỏe, vốn được hiểu ở nhiều nơi là trách nhiệm của ngành y tế và do những người được đào tạo trong các trường Y đảm nhiệm về thực chất nó cần sự tham gia của nhiều ngành khác. Không những chỉ tham gia mà nói đúng hơn là chủ trì trong từng hoạt động cụ thể, như ví dụ trên đã cho thấy. Từ quan sát này ta có thể thấy, khác với công việc điều trị bệnh trong các bệnh viện, các trung tâm y tế, chủ yếu các hoạt động là hướng tới việc giải quyết một vấn đề sức khỏe cụ thể (bệnh) trên một cá thể thì việc phòng bệnh cho cho một cộng đồng, một nhóm đối tượng có cách đề cập hoàn toàn khác.

Những khác biệt đó thể hiện qua những đặc trưng cơ bản như sau: Trước hết, người thực hiện những chương trình can thiệp YTCC này không phải chỉ là những người được đào tạo trong ngành y. Nói một cách khác thì những người được đào tạo trong ngành y chỉ đóng vai trò khiêm tốn nhất định trong toàn bộ quá trình này. Hoặc là những chuyên gia y tế đó phải trang bị cho mình những kiến thức khác không được đào tạo trong trường y (như xã hội học, hành vi học, kinh tế học, quản lý v.v..) để có thể đóng vai trò quan trọng trong thực hiện những chương trình can thiệp như thế này. Lúc đó chuyên gia y tế này lại đóng vai trò của một nhà quản lý, chuyên gia y tế, chuyên gia đánh giá v.v...tùy thuộc kiến thức mà anh ta/chị ta được bổ sung thêm, chứ không phải với vai trò là một bác sỹ điều trị bệnh (như đã được đào tạo truyền thống trong các trường y). Thứ đến, việc thực hiện chương trình không thể giống nhau ở những nơi có các đặc trưng địa lý, sinh thái, văn hoá-xã hội khác nhau. Kinh nghiệm vận hành thành công các chương trình nêu trên cho thấy ở nơi nào có sự cam kết của chính quyền cao và biến thành các kế hoạch hành động khả thi thì tỷ lệ

thành công rất cao. Nói như vậy lại thấy rằng việc thành công của các chương trình can thiệp YTCC như thế này phụ thuộc khá nhiều vào những cố gắng được tổ chức của xã hội trước các vấn đề đe dọa sức khỏe cộng đồng. Điểm nhấn mạnh ở đây là những cam kết đó được thể hiện thông qua các hoạt động liên ngành được tổ chức một cách có kế hoạch. Tất nhiên, điểm tiếp theo là sự sẵn có của những giải pháp kỹ thuật đặc hiệu như vaccin, các loại thức ăn, muối iode trong trường hợp can thiệp phòng chống thiếu năng trí tuệ do thiếu iode.

Qua những quan sát như vậy, có thể thấy rằng một chương trình can thiệp YTCC đòi hỏi những khả năng khác cho sự thành công của nó, không giống như những đòi hỏi đối với việc can thiệp trên một trường hợp bệnh đơn lẻ. Tại sao lại có sự khác nhau như vậy giữa một bên là can thiệp vào đối tượng là một cá nhân (đang có vấn đề về mặt sức khỏe) và một cộng đồng (cũng có vấn đề về mặt sức khỏe?). Câu trả lời là cá thể với vấn đề bệnh tật sẽ chủ động tìm đến bác sỹ để phản ánh về vấn đề sức khỏe của mình và người thầy thuốc với những kiến thức được đào tạo trong các trường Y sẽ giúp người bệnh giải quyết vấn đề bệnh tật đó. Trong khi đó mong muốn YTCC hiện đại là phòng từ xa để các vấn đề sức khỏe không xảy ra trong cộng đồng. Muốn như vậy việc phòng này phải ở tầm các yếu tố nguy cơ. Ví dụ, không hút thuốc lá để ngăn chặn việc phát triển bệnh ung thư phổi (hút thuốc lá được coi là nguyên nhân gây ung thư phổi); ngăn chặn ô nhiễm vi sinh vật nguồn nước để chống lại sự phát triển các bệnh đường tiêu hoá; tiêu diệt bọ gậy, muỗi để ngăn ngừa những bệnh do muỗi truyền; ngăn chặn 6 bệnh gây tử vong trên trẻ em bằng cách thực hiện chương trình TCMR. Việc ngăn chặn các yếu tố nguy cơ như vậy không thể giống với việc điều trị một bệnh đã phát triển ở mức độ đặc thù của nó. Ví dụ, với viêm ruột thừa thì giải pháp đặc thù là mổ cắt ruột thừa, với lao thì dùng các thuốc đặc trị lao v.v... thì về mặt nguyên tắc, những bệnh viêm ruột thừa và lao sẽ khỏi hoặc có những tiến triển ngay sau khi được điều trị. Trong khi đó, việc ta phát động phong trào không hút thuốc lá không đồng nghĩa với việc giảm tỷ lệ ung thư phổi ngay lập tức, việc tiêm phòng vaccin cho trẻ dưới 5 tuổi cũng không đồng nghĩa với việc giảm tỷ lệ mắc và tử vong với những bệnh này ngay lập tức. Sự không đặc hiệu trong biện pháp dẫn tới sự không đặc hiệu trong kết quả và hiển nhiên, những can thiệp cộng

đồng cần nhiều thời gian hơn, cần phối hợp nhiều đối tác hơn, và như vậy điều ngược lại là nếu không đủ thời gian, không đủ sự tham gia liên ngành thì khả năng thành công cũng ít hơn. Một yếu tố nữa cũng làm tăng khó khăn của thành công trong các chương trình can thiệp YTCC là những can thiệp này thường xảy ra trên một quy mô rất lớn, thông thường là toàn bộ một quốc gia, một vùng lãnh thổ. Tính phức tạp trong điều phối các hoạt động, sự cam kết tham gia trên thực tế của các nhóm đối tác cần thiết, hậu cần v.v. chính là trở ngại cho sự thành công của các chương trình này. Những chương trình can thiệp như thế này thường rất lớn và cần một nguồn tài chính vô cùng lớn. Tuy nhiên, kết quả của nó cũng rất lớn nên việc triển khai những chương trình can thiệp này vẫn là những việc phải làm của Chính phủ.

Ở Việt Nam, một số chương trình can thiệp như liệt kê sơ bộ ở trên đã là những hoạt động thường xuyên trong những thập niên vừa qua. Bên cạnh những cố gắng của Chính phủ, những hỗ trợ về kỹ thuật, tài chính của các tổ chức quốc tế cũng đóng

những vai trò quan trọng. Tuy nhiên, sức khoẻ cộng đồng hiện cũng đang bị đe dọa ở nhiều nơi và cần có những chương trình can thiệp YTCC ví dụ, các vấn đề liên quan tới ô nhiễm môi trường do chất thải của các khu công nghiệp; đô thị hoá nhanh chóng và những bất cập liên quan tới vệ sinh an toàn thực phẩm; những thay đổi hành vi liên quan tới sức khoẻ vị thành niên đặc biệt là phơi nhiễm với HIV; các vấn đề liên quan tới các bệnh không truyền nhiễm mãn tính như tim mạch, tâm thần, ung thư, tiểu đường, v.v.. Những vấn đề này, thật ra đã có những kinh nghiệm vận hành các chương trình can thiệp ở nhiều nước trên thế giới. Nếu được áp dụng ở Việt Nam như các chương trình TCMR, phòng chống suy dinh dưỡng, phòng chống bấu cổ, v.v... thì chắc chắn mô hình bệnh tật của chúng ta sẽ khác, những gánh nặng hiện chúng ta đang phải đối mặt trong bệnh viện chắc chắn cũng sẽ khác. Và hơn hết cả là cách thức chúng ta điều phối một cách có kế hoạch và thành công trong các chương trình can thiệp YTCC sẽ cho chúng ta những kinh nghiệm quý cho việc xây dựng những kế hoạch phát triển nói chung.

Tài liệu tham khảo:

1. Benard J. Turnock, "Public Health-What it is and how it works" an Aspen publication 1997.
2. Tony McMichael and Robert Beaglehole "the global context of public health" 1-19, Oxford University Press 2004.
3. T Jacob John and Franklin White "Public health in south

Asia" 172-187, Oxford University Press 2004.

4. John Raeburn and Sarah Macfarlane "Putting the public into public health: Toward a more people centered approach" 243-252, Oxford University Press 2004.
5. Robert Beaglehole and Ruth Bonita "Strengthening public health for the new era" 253-268, Oxford University Press 2004.