

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

NGUYỄN MINH HẢI

**THỰC TRẠNG HỆ THỐNG GIÁM SÁT
BỆNH TRUYỀN NHIỄM TẠI HÀ NỘI
VÀ HIỆU QUẢ MỘT SỐ BIỆN PHÁP CAN THIỆP**

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC

Hà Nội, năm 2019

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

NGUYỄN MINH HẢI

**THỰC TRẠNG HỆ THỐNG GIÁM SÁT
BỆNH TRUYỀN NHIỄM TẠI HÀ NỘI
VÀ HIỆU QUẢ MỘT SỐ BIỆN PHÁP CAN THIỆP**

Chuyên ngành : Dịch tễ học

Mã số : 62 72 01 17

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

- 1. GS.TS Trịnh Quân Huân**
- 2. PGS.TS Hoàng Đức Hạnh**

Hà Nội, năm 2019

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu, kết quả nêu trong luận án là trung thực và chưa từng được ai công bố trong bất kỳ công trình nào khác.

Tác giả luận án

Nguyễn Minh Hải

LỜI CẢM ƠN

Tôi xin chân thành cảm ơn Ban Giám đốc, Bộ môn Dịch tễ học, Khoa Đào tạo và Quản lý khoa học, các khoa/phòng liên quan của Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, đã tạo mọi điều kiện thuận lợi nhất và giúp đỡ tôi trau dồi kiến thức, đóng góp những ý kiến quý báu cho tôi trong suốt quá trình học tập, hoàn thành luận án.

Tôi xin trân trọng bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới GS.TS Trịnh Quân Huấn và PGS.TS Hoàng Đức Hạnh đã tận tình giúp đỡ và hướng dẫn tôi trong suốt quá trình học tập, thực hiện đề tài cũng như hoàn thành luận án tốt nghiệp.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Sở Khoa học và Công nghệ Hà Nội, Trung tâm YTDP Hà Nội, Trung tâm Y tế các quận, huyện, thị xã, các bệnh viện, cơ sở y tế đã giúp đỡ và tạo điều kiện cho tôi trong quá trình triển khai nghiên cứu để hoàn thành luận án này.

Tôi xin chân thành cảm ơn TS. Nguyễn Khắc Hiền - Giám đốc Sở Y tế Hà Nội, các đồng chí trong Ban Giám đốc Sở đã tạo mọi điều kiện, giúp đỡ động viên tôi trong suốt quá trình học tập và hoàn thành luận án.

Tôi xin chân thành cảm ơn các GS, PGS, TS trong các Hội đồng khoa học chấm luận án đã đóng góp nhiều ý kiến quý báu để tôi có thêm kiến thức và hoàn thiện luận án đạt chất lượng tốt hơn.

Nhân dịp này tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới những người thân trong gia đình cha mẹ, vợ, các con, anh chị em cùng bạn bè và đồng nghiệp thân thiết, những người đã hết lòng ủng hộ, động viên tôi trong suốt quá trình học tập và giúp tôi vượt qua những khó khăn để hoàn thành luận án tốt nghiệp.

Tác giả luận án

Nguyễn Minh Hải

MỤC LỤC

LỜI CAM ĐOAN	i
LỜI CẢM ƠN	ii
MỤC LỤC	iii
DANH MỤC BẢNG	vii
DANH MỤC BIỂU ĐỒ	x
DANH MỤC SƠ ĐỒ, HÌNH	xi
CÁC CHỮ VIẾT TẮT	xii
ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN	4
1.1 Tình hình bệnh truyền nhiễm gây dịch	4
1.1.1 Tình hình bệnh truyền nhiễm gây dịch trên thế giới và tại Việt Nam	4
1.1.2 Tình hình bệnh truyền nhiễm gây dịch tại Hà Nội	13
1.2 Hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm	15
1.2.1 Định nghĩa và một số khái niệm liên quan	15
1.2.2 Chức năng và cấu trúc của hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm	16
1.2.3 Các hình thức giám sát	19
1.2.4 Nguồn dữ liệu giám sát	21
1.2.5 Các bước giám sát bệnh truyền nhiễm	21
1.2.6 Giám sát và đánh giá định kỳ	25
1.3 Một số hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm trên thế giới và tại Việt Nam	25
1.3.1 Hệ thống cảnh báo sớm, đáp ứng nhanh với dịch bệnh toàn cầu của Tổ chức Y tế Thế giới (GOARN)	25
1.3.2 Các hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm khác trên thế giới	26
1.3.3 Hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm tại Việt Nam	29

1.3.4 Giám sát và đánh giá Hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm	38
CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	41
2.1 Mục tiêu 1. Đánh giá thực trạng hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm của thành phố Hà Nội	41
2.1.1 Thiết kế nghiên cứu.....	41
2.1.2 Đối tượng nghiên cứu.....	41
2.1.3 Địa điểm và thời gian nghiên cứu	42
2.1.4 Cỡ mẫu và cách chọn mẫu	42
2.1.5 Các biến số nghiên cứu	45
2.1.6 Phương pháp và công cụ thu thập số liệu	47
2.2 Mục tiêu 2. Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp nâng cao chất lượng của hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm Hà Nội.....	47
2.2.1 Thiết kế nghiên cứu.....	47
2.2.2 Địa điểm, thời gian nghiên cứu.....	47
2.2.3 Đối tượng nghiên cứu.....	48
2.2.4 Cỡ mẫu và cách chọn mẫu	49
2.2.5 Vấn đề và các biện pháp can thiệp.....	50
2.2.6 Tổ chức triển khai can thiệp.....	51
2.2.7 Phương pháp thu thập số liệu và các biến số, chỉ số nghiên cứu.....	57
2.3 Phương pháp phân tích số liệu	59
2.4 Khống chế sai số nghiên cứu	60
2.5 Đạo đức trong nghiên cứu.....	61
2.6 Hạn chế của nghiên cứu	61
CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	63
3.1 Thực trạng hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm của Hà Nội	63
3.1.1 Cấu trúc hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm của Hà Nội	63

3.1.2 Thực trạng thực hiện chức năng chính của các đơn vị thuộc hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm Hà Nội.....	70
3.1.3 Chức năng hỗ trợ hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm	82
3.1.4 Chất lượng hoạt động của hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm Hà Nội	87
3.2 Hiệu quả một số biện pháp can thiệp nâng cao chất lượng hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm tại quận Đống Đa, Hà Nội	94
3.2.1 Hiệu quả rút ngắn thời gian phát hiện, chẩn đoán và kiểm soát các trường hợp bệnh sốt xuất huyết Dengue và tả	94
3.2.2 Nâng cao kiến thức, thực hành của cán bộ giám sát quận Đống Đa ...	101
CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN.....	106
4.1 Thực trạng hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm Hà Nội.....	106
4.1.1 Cấu trúc, tổ chức của hệ thống giám sát Hà Nội	106
4.1.2 Thực trạng thực hiện chức năng chính của hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm Hà Nội	112
4.1.3 Thực trạng chức năng hỗ trợ và phương tiện hỗ trợ của hệ thống giám sát.....	121
4.1.4 Chất lượng hoạt động của hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm Hà Nội	123
4.2 Hiệu quả một số biện pháp can thiệp nâng cao chất lượng của hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm tại quận Đống Đa, Hà Nội	127
4.2.1 Hiệu quả rút ngắn thời gian phát hiện, chẩn đoán và kiểm soát các trường hợp bệnh sốt xuất huyết Dengue và tả	129
4.2.2 Hiệu quả cải thiện chất lượng báo cáo giám sát và phân tích số liệu ..	133
4.2.3 Hiệu quả nâng cao kiến thức, thực hành của cán bộ giám sát của Hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm quận Đống Đa.....	136
KẾT LUẬN	142

1. Thực trạng hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm tại Hà Nội.....	142
2. Hiệu quả một số biện pháp can thiệp nâng cao chất lượng của hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm tại quận Đống Đa, Hà Nội	143
KHUYẾN NGHỊ.....	144
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN ĐÃ CÔNG BỐ	145
TÀI LIỆU THAM KHẢO	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1 Các bệnh truyền nhiễm cần báo cáo hàng tháng [18], [19].....	36
Bảng 2.1 Phân bổ số đơn vị và số cán bộ y tế tham gia khảo sát	45
Bảng 2.2 Phân bổ số mẫu cho nghiên cứu định lượng đánh giá hiệu quả can thiệp tại quận Đống Đa	49
Bảng 2.3 Phân bổ số mẫu cho nghiên cứu định tính đánh giá hiệu quả can thiệp tại quận Đống Đa	50
Bảng 3.1 Tính sẵn có của các văn bản hướng dẫn giám sát BTN	63
Bảng 3.2 Thành phần, cấu trúc các đơn vị giám sát các tuyến của Hà Nội....	64
Bảng 3.3 Tình hình nhân lực của Trung tâm Y tế dự phòng Hà Nội	65
Bảng 3.4 Tình hình nhân lực của các TTYT quận, huyện (n=29).....	66
Bảng 3.5 Trình độ chuyên môn của cán bộ Trạm Y tế xã, phường (n=115).....	67
Bảng 3.6 Tình hình phối hợp với các đơn vị khác của Trung tâm Y tế và Trạm Y tế trong giám sát bệnh truyền nhiễm.....	68
Bảng 3.7 Tình hình phối hợp giữa các bệnh viện, phòng khám đa khoa với hệ dự phòng trong giám sát bệnh truyền nhiễm (n=63).....	68
Bảng 3.8 Tình hình tổ chức họp thường kỳ với các đơn vị phối hợp của TTYT quận, huyện (n=29)	69
Bảng 3.9 Tình hình tổ chức họp thường kỳ với các đơn vị phối hợp của Trạm Y tế xã, phường (n=115)	69
Bảng 3.10 Cách thức thu thập số liệu của HTGSBTN	70
Bảng 3.11 Cách thức ghi nhận trường hợp bệnh của các TTYT (n=29).....	70
Bảng 3.12 Cách thức ghi nhận trường hợp bệnh của Trạm Y tế (n=115)	71
Bảng 3.13 Cách thức ghi nhận trường hợp bệnh của các bệnh viện..... và phòng khám đa khoa (n=63).....	71
Bảng 3.14 Các biểu mẫu báo cáo được sử dụng và thực hiện phân tích số liệu.	72
Bảng 3.15 Lý do không phân tích số liệu của các Trạm Y tế (n=115).....	73

Bảng 3.16 Hình thức và thời gian lưu trữ báo cáo BTN của các đơn vị.....	74
Bảng 3.17 Tình hình áp dụng ngưỡng cảnh báo một số BTN của TTYT quận, huyện (n=12)	74
Bảng 3.18 Lý do các TTYT không áp dụng ngưỡng cảnh báo BTN (n=17)..	75
Bảng 3.19 Hình thức TTYT quận, huyện phản hồi cho tuyến dưới (n=29) ...	75
Bảng 3.20 Gửi thông tin phản hồi về giám sát bệnh truyền nhiễm cho các đơn vị của các TTYT (n=29).....	76
Bảng 3.21 Xây dựng kế hoạch phòng chống dịch của các đơn vị (năm 2012) ..	76
Bảng 3.22 Thành phần của đội cơ động chống dịch tại các TTYT quận, huyện (n=29)	78
Bảng 3.23 Khả năng chẩn đoán tác nhân gây một số BTN của các đơn vị y tế	81
Bảng 3.24 Khả năng lấy mẫu, vận chuyển mẫu bệnh phẩm BTN.....	81
Bảng 3.25 Sự sẵn có các tài liệu hướng dẫn định nghĩa trường hợp bệnh (ĐNTHB)	82
Bảng 3.26 Sự sẵn có các tài liệu hướng dẫn đối với bệnh tả và SXHD	82
Bảng 3.27 Tình hình đào tạo/tập huấn cho cán bộ xét nghiệm Vi sinh.....	84
Bảng 3.28 Tình hình thực hiện báo cáo BTN theo quy định của các đơn vị.....	88
Bảng 3.29 Nguyên nhân các BV, PKĐK không thực hiện báo cáo	88
Bảng 3.30 Kiến thức về giám sát bệnh truyền nhiễm của cán bộ giám sát	93
Bảng 3.31 Thực hành giám sát bệnh truyền nhiễm của cán bộ giám sát.....	93
Bảng 3.32 Rút ngắn thời gian phát hiện, điều tra, xét nghiệm và triển khai can thiệp với sốt xuất huyết Dengue.....	95
Bảng 3.33 Độ nhạy và giá trị chẩn đoán dương tính trong giám sát sốt xuất huyết Dengue.....	96
Bảng 3.34 Thời gian phát hiện, điều tra và báo cáo trường hợp bệnh nghi tả....	97
Bảng 3.35 Cải thiện chất lượng báo cáo tuần và báo cáo tháng của các TYT....	98
Bảng 3.36 Cải thiện chất lượng báo cáo tuần và báo cáo tháng của TTYT ...	99

Bảng 3.37 Cải thiện năng lực phân tích số liệu BTN của các TYT.....	100
Bảng 3.38 Mức độ cải thiện kiến thức và thực hành về giám sát bệnh truyền nhiễm của cán bộ Trạm Y tế sau can thiệp	103
Bảng 3.39 Mức độ nâng cao kiến thức và thực hành giám sát bệnh truyền nhiễm của cán bộ giám sát tại TTYT	104

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1 Tần suất phân tích bệnh truyền nhiễm của các TTYT quận, huyện	73
Biểu đồ 3.2 Thành lập đội cơ động chống dịch tại các TTYT.....	77
Biểu đồ 3.3. Thực trạng cơ sở chống dịch tại các Trạm Y tế (n=115)	78
Biểu đồ 3.4. Sự sẵn có vật liệu truyền thông tại các Trạm Y tế (n=115)	79
Biểu đồ 3.5 Khả năng đáp ứng phòng chống dịch (n=313).....	79
Biểu đồ 3.6 Nguyên nhân ảnh hưởng tới khả năng đáp ứng phòng chống dịch (n=313).....	80
Biểu đồ 3.7 Thành phần đối tượng tham dự các lớp tập huấn tuyến huyện ...	83
Biểu đồ 3.8 Nội dung tập huấn do TTYT tổ chức cho TYT.....	85
Biểu đồ 3.9 Trang bị các phương tiện hỗ trợ tại TTYT (n=29).....	86
Biểu đồ 3.10 Trang bị các phương tiện hỗ trợ tại TYT (n=115)	86
Biểu đồ 3.11 Trang bị các phương tiện hỗ trợ tại BV và PKĐK (n=63).....	87
Biểu đồ 3.12 Khả năng chấp nhận quy trình giám sát bệnh dịch (n=313)	89
Biểu đồ 3.13 Nhận xét về các biểu mẫu báo cáo (n=313)	90
Biểu đồ 3.14 Nhận xét về số liệu giám sát bệnh truyền nhiễm (n=313).....	90
Biểu đồ 3.15 Nhận xét về khả năng đáp ứng PCD của hệ thống (n=313).....	91
Biểu đồ 3.16 Các nguyên nhân chính ảnh hưởng tới khả năng đáp ứng phòng chống dịch của hệ thống (n=313).....	92
Biểu đồ 3.17 Mức độ cải thiện kiến thức của cán bộ giám sát về một số nội dung hướng dẫn giám sát bệnh truyền nhiễm sau can thiệp	101
Biểu đồ 3.18 Mức độ cải thiện kiến thức của cán bộ giám sát về phân loại bệnh truyền nhiễm, các loại báo cáo cần thực hiện sau can thiệp	102
Biểu đồ 3.19 Mức độ cải thiện nâng cao kiến thức của cán bộ giám sát về định nghĩa các trường hợp bệnh truyền nhiễm sau can thiệp.....	102

DANH MỤC SƠ ĐỒ

Sơ đồ 1.1. Tổ chức hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm tại Việt Nam	29
Sơ đồ 1.2 Hệ thống cảnh báo sớm và đáp ứng nhanh các dịch bệnh nguy hiểm	33
Sơ đồ 1.3 Khung lý thuyết nghiên cứu	40
Sơ đồ 2.1 Hệ thống phối kết hợp phát hiện sớm, đáp ứng kịp thời với dịch bệnh SXHD và trường hợp nghi tả tại quận Đống Đa, Hà Nội	56

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1 Khung đánh giá Hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm	37
---	----

CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BTN:	Bệnh truyền nhiễm
BV:	Bệnh viện
CBYT:	Cán bộ y tế
CBS ĐUN:	Cảnh báo sớm, đáp ứng nhanh
CDC:	The Centers for Disease Control and Prevention (Trung tâm kiểm soát và phòng chống bệnh tật Hoa Kỳ)
CSYT:	Cơ sở y tế
DTH:	Dịch tễ học
ĐNTHB:	Định nghĩa trường hợp bệnh
ECDC:	European Centre for Disease Prevention and Control (Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa bệnh tật Châu Âu)
EWARS:	Early Warning and Response System (Hệ thống cảnh báo sớm đáp ứng nhanh)
EWORS:	Early Warning Outbreak Recognition System (Hệ thống ghi nhận cảnh báo sớm với dịch bệnh)
GOARN:	Global Outbreak Alert and Response Network (Hệ thống cảnh báo sớm, đáp ứng nhanh với dịch bệnh toàn cầu)
GSDTH:	Giám sát dịch tễ học
GSTĐ:	Giám sát trọng điểm
HCC:	Hội chứng cúm
HTGS:	Hệ thống giám sát
HTGSTĐ:	Hệ thống giám sát thụ động
IHR:	International Health Regulations (Điều lệ Y tế Quốc tế)
MLGS:	Mạng lưới giám sát
NEDSS:	The National Electronic Disease Surveillance System (Hệ thống giám sát điện tử quốc gia Mỹ)

PCD:	Phòng chống dịch
PKĐK:	Phòng khám đa khoa
PPV:	Giá trị dự báo dương tính
ProMED:	The Program for Monitoring Emerging Diseases (Mạng lưới giám sát bằng thư điện tử)
PXN:	Phòng xét nghiệm
SARS:	Severe acute respiratory syndrome (Hội chứng Hô hấp cấp tính nặng)
TTYTDP:	Trung tâm Y tế dự phòng
TTYT:	Trung tâm Y tế quận, huyện
TYT:	Trạm Y tế xã, phường
UNICEF:	United Nations Children's Fund (Quỹ Nhi đồng Liên hiệp quốc)
UNHCR:	United Nations High Commissioner for Refugees (Cao uỷ Liên hiệp quốc về người tị nạn)
VSDT:	Vệ sinh dịch tễ
WHO:	World Health Organization (Tổ chức Y tế thế giới)
YTCC:	Y tế công cộng
YTDP:	Y tế dự phòng

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới, trong khi cuộc chiến với các bệnh truyền nhiễm đã biết trước đây vẫn đang tiếp diễn thì các mối đe dọa bệnh tật mới lại xuất hiện. Mặc dù một số bệnh có thể được dự phòng, chữa trị và thanh toán nhờ việc sử dụng kháng sinh, vắc xin, hoá chất và các nỗ lực y tế khác nhưng một số bệnh mới nổi khác lại xuất hiện như SARS, Ebola, HIV/AIDS, cúm H5N1...Nhiều bệnh truyền nhiễm tiếp tục diễn biến phức tạp như lao kháng thuốc, sốt rét kháng thuốc; các bệnh liên quan đến môi trường, nếp sống cũng gia tăng ảnh hưởng tới sức khỏe của nhân loại và sự phát triển kinh tế xã hội của mỗi quốc gia. Ngoài ra, một vụ dịch ở bất cứ nơi nào trên thế giới chỉ cần vài giờ đã có thể trở thành mối đe dọa cho một khu vực khác và thậm chí là cho toàn cầu.

Giám sát bệnh truyền nhiễm là một phần của hệ thống giám sát công cộng và hệ thống thông tin y tế. Mục tiêu của hệ thống giám sát và việc sử dụng các thông tin minh chứng quyết định việc thu thập số liệu và thông tin trong hệ thống đó. Các nước trên thế giới đều thực hiện hoạt động giám sát đối với bệnh truyền nhiễm gây dịch với nhiều hình thức khác nhau nhưng về cơ bản đều tập trung vào các bệnh truyền nhiễm gây dịch đe dọa đến sức khỏe con người và cách đáp ứng phòng chống các bệnh dịch đó. Có sự khác biệt và đa dạng hoá của các loại hình giám sát, năng lực thực hiện và tính bền vững của hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm giữa các nước phát triển và các nước đang phát triển. Tuy nhiên, do sự lan truyền bệnh truyền nhiễm trên toàn cầu nên mối quan tâm chung của thế giới và khu vực là cải thiện hệ thống giám sát và đáp ứng phòng chống dịch có hiệu quả. Đến nay, vẫn chưa có một hệ thống giám sát nào hoàn chỉnh, do vậy WHO đã khuyến cáo mỗi quốc gia cần thiết phải thực hiện đánh giá định kỳ tổng thể hệ thống giám sát để đưa ra các vấn đề ưu tiên trong kiểm soát bệnh dịch và tăng cường hiệu quả của hệ thống [111].

Sáng kiến thiết lập các mạng lưới giám sát dịch, bệnh trên phạm vi khu vực và toàn cầu đang là một xu hướng nhằm tăng cường sự hợp tác giữa các

quốc gia, vùng lãnh thổ trong các hoạt động giám sát và phòng chống dịch bệnh. Tại Việt Nam, hệ thống giám sát định kỳ đóng vai trò chính trong các hoạt động giám sát các bệnh truyền nhiễm. Hệ thống này có độ bao phủ rộng trên phạm vi toàn quốc với hình thức giám sát thụ động, thu thập và tổng hợp thông tin từ các cơ sở y tế. Trong những năm gần đây, hệ thống này ngày càng được cải thiện, đã được bổ sung thêm các bệnh cần giám sát; tăng cường hành lang pháp lý để vận hành hệ thống; tạo ra các cơ chế hợp tác chặt chẽ giữa các ngành liên quan và tăng cường năng lực của hệ thống. Tuy nhiên, chiến lược phát triển các hệ thống giám sát, các loại hình giám sát, các hướng dẫn thực hiện giám sát đối với từng nhóm bệnh cụ thể chưa đầy đủ. Do vậy, việc đầu tư thêm nhiều nguồn lực để tăng cường hệ thống giám sát các bệnh truyền nhiễm được ưu tiên nhằm đáp ứng yêu cầu về kiểm soát và phòng chống dịch bệnh hiệu quả hơn.

Hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm tại Việt Nam được tổ chức một cách chặt chẽ, có hệ thống theo chiều dọc (các cơ sở y tế dự phòng tuyến dưới có trách nhiệm báo cáo số liệu giám sát lên tuyến trên), và theo chiều ngang (các cơ sở y tế trên cùng một tuyến có nhiệm vụ báo cáo số liệu giám sát bệnh truyền nhiễm về cơ quan y tế dự phòng cùng tuyến) dựa trên yêu cầu và nội dung quy định của Thông tư số 48/2010/TT-BYT ngày 31/12/2010 của Bộ Y tế, theo đó các cơ sở khám, chữa bệnh có trách nhiệm thông báo thông tin trường hợp mắc bệnh truyền nhiễm cho cơ sở y tế dự phòng cùng cấp [18], [19]. Các cơ sở khám, chữa bệnh có trách nhiệm thông báo các thông tin các trường hợp mắc bệnh truyền nhiễm cho cơ sở y tế dự phòng cùng cấp. Tuy nhiên, phần lớn những vụ dịch được phát hiện thông qua báo cáo giám sát trường hợp bệnh từ bệnh viện, khi những trường hợp bệnh nặng buộc phải nhập viện thì hệ thống giám sát bệnh mới phát hiện được. Báo cáo của các cơ sở điều trị thường muộn, thông tin không đầy đủ nên rất khó khăn cho việc

xác định ổ dịch và triển khai các biện pháp phòng chống dịch.

Tại Hà Nội, từ năm 2002 đã thực hiện quy trình giám sát, báo cáo bệnh truyền nhiễm gây dịch theo Quy chế thông tin, báo cáo bệnh truyền nhiễm gây dịch ban hành kèm theo Quyết định số 4880/2002/QĐ-BYT ngày 06/12/2002 của Bộ trưởng Bộ Y tế và từ năm 2011 vận hành theo Thông tư 48/2010/TT-BYT của Bộ Y tế. Tuy nhiên, đến nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá thực trạng hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm tại Hà Nội, nhiều câu hỏi được đặt ra liên quan đến chất lượng hoạt động của hệ thống như: Hệ thống giám sát hiện đang có những gì? vận hành như thế nào? và những bất cập nào còn tồn tại? Để có thể trả lời được các câu hỏi trên, việc khảo sát thực trạng hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm tại Hà Nội là cần thiết nhằm xác định được các điểm còn hạn chế, qua đó đưa ra những biện pháp can thiệp phù hợp để nâng cao chất lượng và tính hiệu quả của hệ thống theo yêu cầu của Thông tư số 54/2015/TT-BYT ban hành ngày 28/12/2015 thay thế cho Thông tư số 48/2010/TT-BYT đáp ứng với yêu cầu diễn biến dịch bệnh hiện nay, chúng tôi đã thực hiện nghiên cứu về ***“Thực trạng hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm tại Hà Nội và hiệu quả một số biện pháp can thiệp”*** với 2 mục tiêu sau:

1. Mô tả thực trạng hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm tại Hà Nội năm 2012.
2. Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp nâng cao chất lượng của hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm tại quận Đống Đa, Hà Nội.

CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN

1.1 Tình hình bệnh truyền nhiễm gây dịch

1.1.1 Tình hình bệnh truyền nhiễm gây dịch trên thế giới và tại Việt Nam

Kể từ thập niên 1970, nhiều bệnh truyền nhiễm (BTN) mới đã xuất hiện với tần xuất hơn một bệnh mỗi năm. Tổng cộng đã có hơn 40 bệnh mới được phát hiện trong 30 năm qua. Trong số những bệnh mới trên thế giới phải kể đến bệnh HIV/AIDS, hội chứng hô hấp cấp tính nặng (SARS), cúm A/H5N1, nhiễm liên cầu lợn *Streptococcus suis*. Từ tháng 11/2002 đến tháng 8/2003, hội chứng hô hấp cấp nặng (hay còn gọi là SARS) đã xuất hiện, gây dịch trên phạm vi toàn cầu với 32 quốc gia và 6 vùng lãnh thổ trên thế giới bùng nổ dịch SARS và 8.422 trường hợp mắc, 916 trường hợp tử vong. Dịch SARS lây lan nhanh và có số mắc tử và vong cao đã ảnh hưởng nghiêm trọng đến tình hình kinh tế, chính trị, xã hội của nhiều quốc gia trong đó có Việt Nam, ước tính tổng thiệt hại lên tới 150 tỷ USD [25], [80], [81], [88].

Nhiều tác nhân gây bệnh có thể đã lưu hành âm thầm hàng năm ở người từ lâu như chủng vi rút gây hội chứng suy giảm miễn dịch (HIV) được tìm thấy ở người ít nhất từ năm 1959 trước khi nổi lên như một vấn đề y tế nổi trội toàn cầu [25], [75].

Có thể phân chia các BTN có nguy cơ bùng phát dịch thành 4 nhóm sau: 1) Nhóm bệnh đường hô hấp: cúm A/H5N1, cúm A/H1N1, viêm màng não do não mô cầu, sởi, Rubella...; 2) Nhóm bệnh đường tiêu hóa: bệnh tay chân miệng (TCM), bệnh tả, bệnh thương hàn...; 3) Nhóm bệnh do véc tơ truyền: bệnh sốt xuất huyết, bệnh sốt Zi ka, bệnh viêm não Nhật Bản...; 4) Nhóm bệnh lây truyền từ động vật sang người: bệnh do virus Marburg, bệnh do vi rút Ebola, bệnh dại, bệnh than, bệnh liên cầu lợn ở người...

1.1.1.1 Một số bệnh thuộc nhóm bệnh đường hô hấp

Bệnh cúm A/H1N1

Bệnh cúm A xảy ra thành dịch quanh năm ở khắp nơi trên thế giới và là bệnh duy nhất hiện nay còn có khả năng gây đại dịch. Đầu năm 2009, trên toàn cầu xuất hiện đại dịch cúm do vi rút cúm A/H1N1. Đây là chủng vi rút có nguồn gốc từ vi rút cúm lợn nhưng có khả năng gây nhiễm khuẩn hô hấp cấp ở người [116]. Các trường hợp bệnh đầu tiên được phát hiện tại Mexico, lây truyền sang Mỹ và Canada và lan ra khắp toàn cầu sau đó. Ngày 11 tháng 6 năm 2009, lần đầu tiên sau 41 năm kể từ đại dịch cúm Hồng Kông năm 1968, WHO đã chính thức công bố thế giới đối mặt với đại dịch cúm với tên gọi là cúm A/H1N1/09 đại dịch [114]. Cho đến tháng 8 năm 2010, đại dịch cúm A/H1N1/09 đã tác động đến 214 quốc gia trên thế giới và gây ít nhất 18.449 trường hợp tử vong [116]. Số liệu của CDC năm 2017-2018 cho thấy có khoảng 49 triệu lượt người Mỹ nhiễm cúm A/H1N1, 960.000 người trong số này phải nhập viện và 79.000 người bị tử vong [74]. Mỹ hiện là quốc gia chiếm khoảng một nửa số trường hợp cúm toàn thế giới.

Tại Việt Nam, theo niên giám thống kê các bệnh truyền nhiễm, từ năm 2000 - 2009, hội chứng cúm là loại bệnh có số mắc đứng đầu trong số các bệnh truyền nhiễm [4], [3], [5], [7], [9], [10], [11], [12], [15], [16].

Bệnh cúm A/H5N1

Năm 2009, vi rút cúm A/H5N1 được coi là vi rút có khả năng gây đại dịch lớn nhất. Cúm A/H5N1 trên người đầu tiên xuất hiện năm 1997 tại Hồng Kông với 18 trường hợp mắc và 6 trường hợp tử vong, sau đó xuất hiện trở lại tại nước này vào năm 2003. Từ năm 2003 đến năm 2011, có 578 trường hợp mắc và 340 trường hợp tử vong do cúm A/H5N1 tại 15 nước [121], [120], [118]. Năm 2015, WHO nhận định có nhiều nguy cơ ghi nhận thêm các trường hợp mắc cúm A/H5N1 mới trên người (tại Ai Cập số mắc mới trong tháng 1/2015 lớn hơn số tích lũy của cả năm 2014 với 14 trường hợp). Tích lũy từ năm 2003, thế giới ghi nhận 694 trường hợp cúm A/H5N1, 402 trường hợp tử vong, tỷ lệ chết/mắc là 58% [61].

Tại Việt Nam, dịch cúm A/H5N1 ở người lần đầu được phát hiện vào 2003 [32]. Cả 63 tỉnh đã xuất hiện các đợt dịch cúm A/H5N1 trên gia cầm với tổng số gia cầm đã tiêu hủy là 50 triệu/ khoảng 250 triệu con đang được nuôi. Từ 2003 đến 2010, có 7 đợt dịch cúm A/H5N1 ở người với 119 trường hợp mắc và 59 trường hợp tử vong, tỷ lệ chết/mắc là 49,5% [117]. Tích lũy từ đầu năm 2003 đến nay, Việt Nam ghi nhận 127 trường hợp mắc, 64 trường hợp tử vong [26].

Cúm A/H1N1/2009: Trường hợp bệnh đầu tiên xâm nhập vào Việt Nam ngày 31/5/2009. Tính đến tháng 3/2010, đã có 68 trường hợp tử vong phân bố ở cả 4 khu vực, cụ thể: Miền Nam: 41,0%, Tây Nguyên: 13,1%, miền Trung: 13,1%, miền Bắc: 32,8% [36]. Đến ngày 10/3/2011 ghi nhận 11.468 trường hợp (+) với cúm A/H1N1, trong đó 68 trường hợp tử vong [36]. Số liệu giám sát năm 2006-2015 ghi nhận tổng số 122 trường hợp viêm phổi nặng do cúm A/H1N1/09, chiếm tỷ lệ cao nhất (50,2%) trong số các trường hợp viêm phổi nặng do cúm vi rút [61].

Hội chứng hô hấp cấp tính nặng (SARS)

SARS do vi rút Corona là bệnh gây dịch nguy hiểm có tốc độ lây lan nhanh, xuất hiện trên phạm vi toàn cầu, có số mắc, số tử vong cao và đe dọa nghiêm trọng đến an ninh toàn cầu, trở thành đại dịch đầu tiên của thế kỷ 21 [89]. Đây là một loại bệnh mà yếu tố di chuyển đi lại đóng vai trò quan trọng nhất trong lan truyền bệnh [12], [94]. Ngày 11/2/2003 WHO nhận được thông báo chính thức của Bộ Y tế Trung Quốc về một vụ dịch viêm phổi không điển hình xảy ra tại tỉnh Quảng Đông tháng 11/2002 với tổng số 305 người mắc và 5 người tử vong, trong đó khoảng 30% trường hợp bệnh là nhân viên y tế. WHO đã đưa ra cảnh báo dịch vào tháng 2/2003 [108] với 29 quốc gia báo cáo có trường hợp bệnh với tổng số 8.098 trường hợp mắc và 774 trường hợp tử vong.

Tại Việt Nam, SARS xâm nhập lần đầu tiên vào tháng 2/2003 và trường

hợp cuối cùng được phát hiện tháng 4/2003. Với tổng số 63 trường hợp mắc, 5 trường hợp tử vong, tỷ lệ chết/mắc là gần 8%. Tất cả những trường hợp tử vong đều là nhân viên y tế.

Bệnh lao

Bệnh lao là bệnh nhiễm trùng do vi khuẩn lao *Mycobacterium tuberculosis* gây nên. Năm 1993, WHO đã công bố mang tính khẩn cấp toàn cầu là “Bệnh lao đang quay trở lại với tương lai”. Hiện nay, bệnh lao vẫn là một trong số 10 bệnh truyền nhiễm có tỷ lệ tử vong cao nhất toàn cầu. Năm 2017, khoảng 1,3 triệu (1,2-1,4 triệu) trường hợp bị tử vong do bệnh lao trong cộng đồng âm tính với HIV và khoảng 300.000 trường hợp tử vong do lao trong nhóm nhiễm HIV. Số mắc lao trong năm 2017 khoảng 10 triệu trường hợp, trong đó hơn 90% là cộng đồng trên 15 tuổi [127]. Năm 2014, trên toàn cầu ước tính tỷ lệ mắc lao đa kháng thuốc là 3,5% trong số bệnh nhân mới và 20,5% trong số người bệnh điều trị lại [123]. Năm 2017, khoảng 558.000 trường hợp mắc lao kháng rifampicin, trong đó có 82% trường hợp kháng đa thuốc. Một nửa số này nằm ở 3 quốc gia là Ấn Độ (24%), Trung Quốc (13%) và Liên bang Nga (10%) [127].

Cùng với đại dịch HIV, gánh nặng bệnh lao tại Việt Nam hiện nay cao hơn nhiều so với ước tính trước đây. Tỷ lệ nhiễm HIV trong bệnh nhân lao mới là 3,0% [54]. Theo báo cáo của WHO năm 2014, Việt Nam đứng thứ 12 trong số 22 nước chịu gánh nặng của bệnh lao, xếp thứ 14 trên 27 nước bị ảnh hưởng nặng nề của tình trạng lao kháng thuốc. Số mắc lao mới được phát hiện hàng năm ở mức cao với 130.000 trường hợp, tỷ lệ phát hiện là 111,35/100.000 dân, trong đó có 49.934 bệnh nhân lao phổi AFB (+) [123].

1.1.1.2 Một số bệnh thuộc nhóm bệnh đường tiêu hóa

Bệnh tay chân miệng

Bệnh tay chân miệng (TCM) là bệnh nhiễm vi rút cấp tính, lây truyền

theo đường tiêu hóa, thường gặp ở trẻ nhỏ và có khả năng gây thành dịch lớn. Tác nhân gây bệnh TCM là các vi rút thuộc nhóm vi rút đường ruột, thường là Coxsackies, Echo và các vi rút đường ruột khác, trong đó có vi rút đường ruột týp 71 (EV71) và Coxsackie A16, A6. Vi rút EV71 có thể gây các biến chứng nặng và dẫn đến tử vong, các vi rút đường ruột khác thường gây bệnh nhẹ hơn [21], [130], [132], [131].

Từ đầu những năm 1970 đã có nhiều vụ dịch nhỏ và lớn liên quan đến nhiễm vi rút EV71 báo cáo trên toàn thế giới [122]. Năm 2009, một vụ dịch TCM bùng phát ở Trung Quốc với 1.155.525 trường hợp mắc, 13.810 trường hợp nghiêm trọng và 353 trường hợp tử vong. Năm 2011, Trung Quốc ghi nhận 1.638.743 trường hợp mắc trong đó 506 trường hợp tử vong. Tại Nhật Bản, 346.164 trường hợp mắc, tăng 2,3 lần so với năm 2010. Ở Hàn Quốc là 7,2 trường hợp/100 dân và Singapore báo cáo 20.687 trường hợp mắc bệnh tay chân miệng [131]. Từ tháng 1 đến tháng 7 năm 2018, Trung Quốc đã có 377.629 trường hợp mắc, tăng 27% so với cùng kỳ năm 2017, trong đó có 4 trường hợp tử vong; Nhật Bản ghi nhận 69.041 trường hợp và tại Singapore, con số này là 26.252 trường hợp [126].

Những năm gần đây tại Việt Nam cũng đã xác nhận sự hiện diện của bệnh tay chân miệng (TCM) do Enterovirus 71 và Coxsackie A16 [16], [46]. Năm 2006, có 583 trường hợp ở 8 tỉnh miền Trung và 2 trường hợp tử vong [46]. Bệnh TCM đã được đưa vào danh sách BTN cần báo cáo theo Thông tư 48/2010/TT-BYT [19]. Năm 2011, dịch bệnh TCM bùng phát mạnh trên toàn quốc, tính đến 01/01/2012, đã ghi nhận 111.841 trường hợp mắc ở 63/63 tỉnh thành trên toàn quốc, 163 trường hợp tử vong [58]. Cao điểm vào năm 2012 có 44.510 trường hợp. Bệnh tập trung chủ yếu ở nhóm trẻ <15 tuổi (99,9%), trong đó nhóm từ 1-4 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (76,2%) [31]. Năm 2018, Việt Nam ghi nhận 32.956 trường hợp từ 63 tỉnh thành, trong đó có 17.169 trường hợp điều trị

tại bệnh viện, tuy không có trường hợp tử vong nhưng tình hình dịch không thay đổi so với năm 2014 [126].

Bệnh tả

Trong vòng gần 200 năm qua loài người đã trải qua 7 vụ đại dịch tả. Vụ đại dịch tả lần thứ bảy (bắt đầu từ 1961) ở In-đô-nê-xi-a với chủng vi khuẩn *V.cholerae El Tor*, lan sang Băng-La-Đét, Ấn Độ, Liên Xô sau đó vào cuối những năm 60; từ Bắc Phi dịch lan sang Italy, Nhật Bản và Nam Thái Bình Dương trong thập kỷ 70 và tiếp tục lan tới châu Mỹ La tinh trong những năm 1991-1994 với khoảng 1 triệu người mắc tả được ghi nhận.

Năm 2005 trên toàn thế giới có 131.943 trường hợp mắc tả, trong đó có 2.272 trường hợp tử vong (1,72%), tập trung chủ yếu ở Châu Phi [112]. Năm 2007 tổng số trường hợp mắc tả trên toàn thế giới là 177.963 và số tử vong là 4.031 trường hợp ở 53 quốc gia [113]. Năm 2008, cả số trường hợp bệnh và số quốc gia báo cáo trường hợp bệnh cho WHO đều tăng so với năm 2007 với 190.130 trường hợp bệnh [115]. Từ năm 2004 đến năm 2008, tổng số cộng dồn các trường hợp mắc bệnh tả là 838.315 theo thông báo của WHO, tăng lên 24% so với giai đoạn từ năm 2000 đến 2004. Số trường hợp tử vong do tả cũng tăng từ 4.031 trường hợp năm 2007 lên 5.143 trường hợp ở năm 2008 [14], [130]. Năm 2016, 132. 121 trường hợp được ghi nhận, trong đó có 2.420 trường hợp tử vong. Dịch xảy ra ở nhiều quốc gia trong đó 54% ghi nhận từ Châu Phi, 13% từ Châu Á và 32% từ Hispaniola [125].

Tại Việt Nam, bệnh tả là một trong những nguyên nhân gây tiêu chảy hàng đầu tại Việt Nam hơn 1 thế kỉ qua. Hàng năm có hàng trăm trường hợp mắc tả được thông báo [14], [37]. Từ tháng 10 năm 2007 dịch tả xuất hiện trở lại ở 19 tỉnh/thành phố khu vực phía Bắc với những trường hợp bệnh đầu tiên được ghi nhận ở Hà Nội và nhanh chóng lan ra 22 tỉnh/thành phố miền Bắc với hàng ngàn trường hợp mắc nhưng không có tử vong [50]. Giai đoạn 2000-2014, riêng

khu vực miền Bắc đã có 8.752 trường hợp mắc tả và 3 trường hợp tử vong do tả [31].

1.1.1.3 Một số bệnh thuộc nhóm bệnh do véc tơ truyền

Bệnh sốt xuất huyết /Sốt xuất huyết Dengue

Bệnh sốt xuất huyết Dengue (SXHD) đến nay vẫn là vấn đề y tế công cộng mang tính toàn cầu và được WHO đánh giá là một trong những bệnh do véc tơ truyền quan trọng nhất. SXHD liên tục lan rộng ra các quốc gia, hiện đang lưu hành ở trên 128 quốc gia thuộc các khu vực có khí hậu nhiệt đới và á nhiệt đới như vùng Đông Nam Á và Tây Thái Bình Dương, châu Mỹ, châu Phi. Số mắc SXHD trên thế giới có xu hướng ngày càng gia tăng, cứ sau mỗi thập kỷ, số mắc tăng gấp 2 lần. Trong những năm gần đây, sốt xuất huyết Dengue trở nên trầm trọng hơn bởi phân bố địa lý rộng rãi cả về vi rút gây bệnh và véc tơ truyền bệnh. Hiện nay bệnh vẫn đang lưu hành ở trên 100 nước, trong đó có khoảng 2,5 tỷ người có nguy cơ mắc bệnh. Mỗi năm có khoảng 100 triệu trường hợp mắc sốt Dengue, trong đó 90% là trẻ em <15 tuổi. Tỷ lệ tử vong trung bình do SXHD là 5% [114], [112]. SXHD hiện vẫn là nguyên nhân dẫn đến nhập viện và gây tử vong hàng đầu tại một số nước thuộc khu vực châu Á - Thái Bình Dương trong đó có Việt Nam [49], [106].

Sau năm 1990, bệnh xảy ra liên tục tại Việt Nam với cường độ và qui mô ngày một gia tăng [34]. Từ 2004-2006 số mắc và số tử vong vì SD/SXHD có xu hướng gia tăng [13], tuy nhiên tỷ lệ chết/mắc không tăng [20],[17]. Năm 2014, cả nước ghi nhận 9.011 trường hợp mắc SXH tại 42 tỉnh/thành phố, trong đó có 5 trường hợp tử vong. Số mắc tập trung tại khu vực miền Nam (83,8%) sau đó đến khu vực miền Trung (12,9%) [22]. Năm 2015, dịch sốt xuất huyết bùng phát trở lại với số mắc gia tăng hơn nhiều so với cùng kỳ năm 2014 (61.448 trường hợp mắc tại 55 tỉnh, thành phố, 41 trường hợp tử vong. Số người mắc bệnh và tử vong tập trung chủ yếu tại các tỉnh phía Nam, tăng 2,21 lần so với cùng kỳ năm 2014) và có nguy cơ tiếp tục gia tăng nếu

không triển khai quyết liệt các biện pháp phòng chống [55]. Năm 2016, theo báo cáo tình hình bệnh truyền nhiễm năm 2016 của Cục Y tế dự phòng, có 106.256 trường hợp mắc tại 56 tỉnh, thành phố, 36 trường hợp tử vong, so với cùng kỳ 2015 (99.783 trường hợp mắc/50 tử vong) số mắc tăng 6,5%, số tử vong giảm 14 trường hợp [28].

Bệnh do vi rút Zika

Vi rút Zika (ZIKV) là một vi rút thuộc họ Flaviviridae. ZIKV có quan hệ gần gũi với các vi rút khác thuộc họ Flaviviridae được lan truyền bởi muỗi như sốt xuất huyết, sốt vàng da, sốt Tây sông Nile và viêm não Nhật Bản do vi rút. Sốt Zika có biểu hiện lâm sàng như phát ban dát sần khắp cơ thể, sốt, đau khớp. Vi rút này hiện diện khắp nơi trên thế giới, có chu trình truyền bệnh liên quan đến muỗi, có thể lây lan qua đường tình dục do đó ZIKV trở thành tác nhân gây bệnh mới nổi quan trọng tác động đến phạm vi toàn cầu chưa lường trước được. Theo WHO, trong thời gian từ tháng 01/2007 đến ngày 23/3/2016 đã có 61 quốc gia và vùng lãnh thổ thông báo có sự lưu hành hoặc có sự lây truyền vi rút Zika. Có 5 quốc gia ghi nhận trường hợp bệnh có thể lây truyền qua đường tình dục do không có sự lưu hành của muỗi Aedes gồm Ác-hen-ti-na, Pháp, Ý, New Zealand và Hoa Kỳ. Trong năm 2015-2016, sự xuất hiện của vi rút Zika gia tăng đột biến, Brasil thông báo 56.318 trường hợp nghi ngờ nhiễm vi rút Zika [124], tiếp đó Colombia là nước có sự lây nhiễm rộng rãi vi rút Zika với 20.297 trường hợp (đến 23/01/2016) kể từ khi trường hợp nhiễm đầu tiên vào tháng 10/2015 được báo cáo. Riêng tại khu vực Châu Mỹ đến 04/02/2016 đã có 26 quốc gia và vùng lãnh thổ thông báo có sự lây lan vi rút Zika [124].

Tại Việt Nam trong tháng 12 năm 2016 (theo báo cáo bệnh truyền nhiễm năm 2016 của Cục Y tế dự phòng) đã ghi nhận 84 trường hợp mắc, không có trường hợp nào tử vong. Số liệu tích lũy năm 2016-2017 cho thấy cả nước có 152 trường hợp mắc, nhiều nhất là tại thành phố Hồ Chí Minh (131

trường hợp), tiếp đó là ở Bình Dương (7 trường hợp), Khánh Hòa (6 trường hợp), Bà Rịa Vũng Tàu (2), Đắk Lắk (2), Phú Yên (01), Long An (1), Tây Ninh (1), Đồng Nai (1), trong đó ghi nhận 01 trường hợp trẻ đầu nhỏ nhiều khả năng liên quan đến vi rút Zika.

1.1.1.4 Nhóm bệnh lây truyền từ động vật sang người

Sốt xuất huyết do vi rút Ebola, Marburg và Lassa

Khác với bệnh sốt xuất huyết (SXH) do vi rút Dengue, bệnh SXH do vi rút Ebola, Marburg và Lassa là bệnh truyền nhiễm mới nổi, lây truyền từ động vật và phân bố chủ yếu ở khu vực châu Phi và Nam Á [94]. Bệnh Ebola-Marburg do 2 giống vi rút là *Ebolavirus* và *Marburgvirus* thuộc họ *Filiviridae* gây nên, bệnh lưu hành ở một số vùng khu vực châu Phi. Bệnh Ebola được phát hiện năm 1976 tại Sudan trong ổ dịch lớn có tỷ lệ chết/mắc hơn 90%. Đến năm 2001 - 2003, tại Công Gô và Gabon có hàng trăm trường hợp mắc, tỷ lệ tử vong cao (50% - 75%) [16]. Tỷ lệ tấn công lần hai của các vụ dịch Ebola và Marburg ở các cộng đồng nghèo vùng cận Saharan - Châu Phi nơi có điều kiện vệ sinh kém và ít có khả năng tiếp cận với các phương tiện bảo vệ tương ứng là 16% và 21% [67].

Bệnh Lassa do vi rút Lassa thuộc họ *Arenaviridae* gây nên, bệnh lưu hành có tính địa phương thuộc khu vực Tây Phi, nhóm nguy cơ cao là người săn bắt, mổ ăn thịt một số loại thú họ gặm nhấm hoặc thú hoang dại. Hàng năm, trên thế giới khoảng 300.000 người mắc bệnh và 5.000 trường hợp tử vong do vi rút Lassa.

Tại Việt Nam, đến nay chưa có trường hợp nào được ghi nhận mắc các bệnh nêu trên. Tuy nhiên, các bệnh lây truyền từ động vật như bệnh dại, bệnh liên cầu lợn... vẫn đang là mối đe dọa đến sức khỏe của cộng đồng. Năm 1994 tỷ lệ tử vong do dại lên con trên toàn quốc lên tới 0,71 trường hợp/100.000 dân. Số trường hợp tử vong do dại gia tăng với 478 trường hợp trên toàn quốc

trong giai đoạn 2007-2011, tập trung nhiều nhất ở khu vực miền Bắc (69,7%), số còn lại phân bố khá đồng đều ở 3 khu vực miền Nam, Tây Nguyên và miền Trung. Theo báo cáo của chương trình khống chế và loại trừ bệnh dại, năm 2015-2016 có 169 trường hợp tử vong, 808.345 người phải tiêm vắc xin phòng dại sau phơi nhiễm tại 28 tỉnh, thành phố [29]. Riêng trong 3 tháng đầu năm 2016 đã có 18 người bị tử vong do bệnh dại tại 10 tỉnh gồm: Thái Nguyên, Sơn La, Thanh Hóa, Bắc Giang, Gia Lai, Nghệ An, Hà Giang, Hòa Bình, Bắc Cạn và Tây Ninh [44].

1.1.2 Tình hình bệnh truyền nhiễm gây dịch tại Hà Nội

Sau khi mở rộng địa giới hành chính (Ngày 01/8/2008), Hà Nội bao gồm 14 quận, huyện với 232 xã, phường, thị trấn của thành phố Hà Nội cũ; 2 thành phố, 12 huyện với 323 xã, phường, thị trấn của tỉnh Hà Tây; huyện Mê Linh - tỉnh Vĩnh Phúc với 18 xã, thị trấn và 4 xã thuộc huyện Lương Sơn - tỉnh Hòa Bình. Với diện tích 3.324,92 km², dân số 6.448,837 người, Hà Nội đứng đầu về diện tích và đứng thứ 2 về dân số của cả nước với 29 quận, huyện, thị xã, 577 xã, phường, thị trấn.

Do tính chất đặc thù về điều kiện địa lý, kinh tế, xã hội của Hà Nội, tình hình dịch bệnh diễn biến ngày càng phức tạp hơn với mô hình bệnh truyền nhiễm đa dạng, đan xen giữa khu vực thành thị, nông thôn và cả miền núi, có các dịch bệnh lưu hành và các dịch bệnh xâm nhập (từ quốc tế và từ các tỉnh, thành phố khác trong cả nước). Những năm gần đây, Hà Nội luôn ghi nhận bệnh nhân mắc các dịch bệnh truyền nhiễm nguy hiểm, nhiều loại dịch bệnh ghi nhận số mắc có tỷ lệ cao so với khu vực miền Bắc và cả nước như: cúm A/H1N1, cúm A/H5N1, tả, đặc biệt bệnh sốt xuất huyết Dengue lưu hành nhiều năm và là trọng điểm của khu vực phía Bắc. Qua số liệu thống kê của TTYTDP Hà Nội cho thấy giai đoạn từ 2004 đến nay tỉ lệ mắc có xu hướng gia tăng và lan rộng ra các quận, huyện. Năm 2009, dịch SXHD bùng nổ với

số mắc là 16.090 trường hợp và 04 trường hợp tử vong, tỷ lệ mắc trên 100.000 dân là 245,9 gấp 1,9 lần tỷ lệ mắc so với năm có dịch lớn gần nhất (năm 1998). Số mắc tập trung chủ yếu ở người lớn và trẻ em >15 tuổi, với sự hiện diện của cả 4 typ vi rút Dengue [35], [30].

Bệnh sởi tại Hà Nội: Số liệu điều tra các trường hợp nghi sởi của đợt dịch cuối năm 2013 đến đầu năm 2014 cho thấy Hà Nội là một trong 3 khu vực có dịch lớn xảy ra (Hà Giang, Lào Cai và Hà Nội) với tỷ lệ mắc 67,1/100.000 dân [39], [62], trong đó có 31,5% là trẻ chưa đến tuổi tiêm chủng (≤ 9 tháng tuổi) [45]. Năm 2013-2014, tại Hà Nội ghi nhận 4.226 trường hợp mắc sởi trong tổng số 9.584 trường hợp nghi sởi (44,1%) [31]. Bệnh phát tán trên diện rộng, tập trung chủ yếu vào khu vực nội thành như quận Đống Đa, Hoàng Mai, Hai Bà Trưng, Thanh Xuân, Từ Liêm, Hoàn Kiếm, Cầu Giấy và quận Long Biên. Năm 2018, số liệu của Bộ Y tế cho thấy có gần 3.000 trường hợp sởi tại 51 tỉnh thành phố, trong đó có Hà Nội. So với cùng kỳ năm 2017, số mắc bệnh sởi đang tăng 10 lần, đa phần là các trường hợp không được tiêm chủng [53].

Bệnh tay chân miệng: Bệnh tay chân miệng bùng phát ở Hà Nội từ năm 2011, đến nay bệnh lưu hành ở mức độ cao với hàng nghìn trường hợp/năm tại tất cả các quận huyện. Người bệnh chủ yếu là trẻ <5 tuổi (96,6%). Tác nhân gây bệnh chủ yếu là EV71 (21,1-41,1%), tiếp đó là Coxsackie A16 (57,1% năm 2014) [43].

Bệnh tả: Sau nhiều năm không có dịch tả xảy ra, năm 2004 dịch tả xuất hiện trở lại với 14 trường hợp mắc. Từ 2007-2010 Hà Nội đã ghi nhận 5.903 người bệnh có dấu hiệu lâm sàng của bệnh tả tại 29/29 quận, huyện, thị xã, trong đó 35 trường hợp xét nghiệm xác định là tả. Năm 2008 xảy ra dịch lớn nhất với 3.229 trường hợp mắc tả, chiếm 54% số trường hợp mắc của cả 4

năm. Năm 2010 ghi nhận ít bệnh nhân nhất với 350 trường hợp (Báo cáo năm 2010 của Trung tâm Y tế dự phòng Hà Nội).

1.2 Hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm

1.2.1 Định nghĩa và một số khái niệm liên quan

Theo Điều lệ Y tế quốc tế năm 2005 “*Giám sát là quá trình thu thập thông tin liên tục, có hệ thống về tình hình và chiều hướng của bệnh tật, phân tích, giải thích, nhằm cung cấp thông tin cho việc lập kế hoạch, triển khai và đánh giá hiệu quả các biện pháp phòng, chống kịp thời*” [101], [110].

Bệnh truyền nhiễm: Là bệnh lây truyền trực tiếp hoặc gián tiếp từ người hoặc từ động vật sang người do tác nhân gây bệnh truyền nhiễm.

Giám sát bệnh: Giám sát bệnh là thực hành dịch tễ học giám sát tình hình lây lan của bệnh nhằm xác định kiểu hình tiến triển của dịch, bệnh. Vai trò chính của giám sát bệnh là dự đoán, quan sát và giảm thiểu tác hại của các tình huống dịch, đại dịch cũng như tăng cường hiểu biết về các yếu tố liên quan đến dịch, bệnh. Nội dung chủ yếu của giám sát bệnh là thực hành báo cáo trường hợp bệnh (Wikipedia, <https://en.wikipedia.org/wiki>).

Giám sát bệnh là công cụ cơ bản của dịch tễ học thực địa, là nền tảng và là công cụ quản lý thực hành Y tế công cộng. Giám sát BTN là một phần của hệ thống giám sát công cộng và là một phần của hệ thống thông tin y tế.

Dữ liệu giám sát: Dữ liệu giám sát là những dữ liệu về sức khỏe, có thể là bệnh, chấn thương và tàn tật cũng như các yếu tố nguy cơ, phơi nhiễm với véc tơ truyền bệnh, những nguy cơ về môi trường hoặc những phơi nhiễm khác. Mất xích cuối cùng của chuỗi giám sát là sử dụng những dữ liệu này để phòng ngừa và kiểm soát bệnh tật ở người.

Hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm (HTGSBTN): Là hệ thống các đơn vị y tế từ tuyến xã lên tới tuyến trung ương, thuộc hệ công lập hay tư nhân, có chức năng và nhiệm vụ thu thập, thống kê số liệu bệnh truyền nhiễm, gửi báo

cáo lên cơ quan, đơn vị có trách nhiệm giám sát tuyến trên; thực hiện các biện pháp đáp ứng với bệnh dịch, thực hiện theo đúng nội dung quy định tại Mục 3, Chương II, Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm (2007) của Việt Nam.

Mục tiêu hoạt động của Hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm:

Mục tiêu hoạt động của HTGSBTN là thu thập đầy đủ chính xác, sớm và nhanh số mắc, chết do bệnh truyền nhiễm ở cộng đồng dân cư theo định nghĩa trường hợp bệnh (ĐNTHB); phân tích và phiên giải số liệu để nắm được đặc điểm về nguyên nhân, sự phân bố dịch tễ theo thời gian, không gian và con người; báo cáo và truyền tải thông tin giám sát tới những đơn vị và cá nhân có trách nhiệm trong hệ thống giám sát, kiểm soát và phòng chống dịch cho cộng đồng; hỗ trợ xây dựng kế hoạch phòng chống dịch và ra quyết định đáp ứng phòng chống dịch chính xác, kịp thời và hiệu quả [8], [48].

Kết quả giám sát cung cấp những dữ liệu cần thiết có giá trị để phát hiện dịch sớm, kể cả dịch tản phát; thông báo dịch nhanh và triển khai các biện pháp chống dịch kịp thời; xác định được sự phân bố của bệnh theo từng vùng địa lý cũng như cơ cấu bệnh trong cộng đồng; đánh giá được tính nghiêm trọng của từng bệnh qua tần số mắc và chết; phát hiện được quy luật phát sinh và chu kỳ bùng phát dịch; hướng dẫn việc tập trung nguồn lực đầu tư cho việc kiểm soát và phòng chống dịch, lựa chọn bệnh ưu tiên can thiệp trong từng thời kỳ. Đây là cơ sở để xây dựng chiến lược sản xuất vắc xin phòng bệnh, hướng dẫn quản lý và điều trị bệnh nhân khi có kháng thuốc, kiểm soát việc kháng kháng sinh ở các động vật nuôi/vật chủ trung gian lây bệnh cho người; phát hiện và đáp ứng với các bệnh khẩn cấp, bệnh mới xuất hiện [101], [128].

1.2.2 Chức năng và cấu trúc của hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm

Chức năng của HTGSBTN bao gồm các chức năng chung và các chức năng hỗ trợ phổ biến khác. Nhóm các chức năng chung là phát hiện trường

hợp bệnh, xác định trường hợp bệnh, báo cáo, phân tích, điều tra, đáp ứng dịch, phản hồi thông tin. Các chức năng hỗ trợ phổ biến khác là tập huấn, đào tạo, theo dõi, đánh giá...

Các chỉ số liên quan đến chức năng cơ bản của HTGSBTN có vai trò đo lường quá trình và kết quả của hệ thống. Một hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm có năng lực là hệ thống có khả năng:

- Giám sát và xác định được các yếu tố nguy cơ liên quan đến bệnh truyền nhiễm nhằm xác định các mối đe dọa chính cho cộng đồng trong từng thời điểm;

- Xác định được vấn đề ưu tiên để đảm bảo tập trung năng lực giám sát các vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng;

- Đánh giá được các hệ thống đã được thiết lập, xác định các điểm mạnh, điểm yếu và cơ hội tăng cường hoàn thiện hệ thống;

- Phát triển kế hoạch chiến lược dựa trên kết quả đánh giá;

- Triển khai các hoạt động của kế hoạch nhằm tăng cường năng lực của hệ thống;

- Giám sát tiến độ triển khai các hoạt động của kế hoạch, sự hoàn thiện và hiệu quả của hệ thống giám sát;

- Đánh giá kết quả và tác động tổng thể của hệ thống giám sát.

Cấu trúc của HTGSBTN được xác định theo yêu cầu pháp lý thông qua các điều luật, Điều lệ Y tế quốc tế, các Quy định và văn bản hướng dẫn của từng quốc gia và chiến lược triển khai các hoạt động giám sát, tổ chức triển khai, các đơn vị có vai trò quyết định trong giám sát bệnh truyền nhiễm và mối quan hệ giữa những đơn vị này cũng như với các mạng lưới và đối tác khác. Những Quy định và tài liệu mang tính pháp lý này được cập nhật, hoàn thiện phù hợp với tình hình dịch bệnh hiện hành. Chỉ số đo lường các lĩnh vực khác nhau của hệ thống là một phần của các chỉ số đánh giá.

Chiến lược giám sát: Chiến lược giám sát bệnh truyền nhiễm nói chung

phụ thuộc vào loại bệnh truyền nhiễm cần giám sát, mục tiêu của HTGSBTN, phương pháp thực hiện giám sát, cách thức sử dụng số liệu để phục vụ cho chính sách và thực hành sức khỏe cộng đồng.

Các đơn vị thực hiện giám sát và các bên liên quan: Hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm của các quốc gia thường bao gồm 4 tuyến cơ bản: tuyến trung tâm, tuyến trung gian (khu vực, tỉnh/thành phố, huyện/thị), tuyến ngoại vi (các cơ sở y tế dưới cấp huyện) và cộng đồng. Mỗi cấp độ có thể bao gồm các cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế công và các cơ sở tư nhân, là đơn vị thành viên hoặc có thể không phải là thành viên của hệ thống giám sát. Các bên liên quan và các đơn vị thực hiện triển khai khác có thể là các chương trình kiểm soát bệnh, các phòng xét nghiệm YTCC và các đơn vị đào tạo YTCC. Vai trò của các đơn vị triển khai và các đơn vị liên quan và mối liên quan giữa các đơn vị thành viên với nhau cũng được xác định rõ trong hệ thống. Việc lưu thông dữ liệu, thông tin, kết quả giám sát trong hệ thống và việc sử dụng thông tin được xác định rõ, công khai đối với các thành viên thực hiện giám sát và các đơn vị liên quan; cơ chế đáp ứng cũng cần được xác định, điều phối cụ thể trong suốt các cấp độ của hệ thống.

Mạng lưới và sự hợp tác: Giám sát BTN đòi hỏi sự nỗ lực phối hợp giữa các bên liên quan và các đối tác trong và giữa các quốc gia. Ở mức độ quốc gia, sự hợp tác, liên kết giữa các bộ, ngành và giữa các đối tác chính có vai trò quan trọng trong việc triển khai hệ thống có hiệu quả và toàn diện. Ngày nay có nhiều mạng lưới và quan hệ đối tác về giám sát, kiểm soát bệnh truyền nhiễm đang hiện hữu ở cấp quốc gia và quốc tế, như hệ thống phòng xét nghiệm là một ví dụ điển hình của mạng lưới cấp quốc gia, còn sự hợp tác trong các hoạt động giám sát và đáp ứng dịch bệnh giữa các nước có chung đường biên giới là ví dụ cho mạng lưới hợp tác quốc tế. Như vậy, việc phối hợp các cấp, liên ngành và các quốc gia là cần thiết để có thể triển khai tốt các chức năng phát hiện sớm, đáp ứng nhanh của hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm.

Một HTGSBTN được thiết lập căn cứ vào tính chất nghiêm trọng của dịch bệnh tại địa phương, nhu cầu đánh giá các chương trình YTCC và sự cần

thiết của việc thiết lập cơ sở dữ liệu kiểm soát dịch bệnh. Do vậy, số lượng các BTN cần giám sát của các nước phụ thuộc vào mô hình bệnh tật, đặc trưng địa lý, khí hậu, điều kiện phát triển kinh tế, giao thương...và đặc biệt là nguồn lực của mỗi quốc gia đó, có thể khác nhau. Ví dụ số lượng BTN cần thông báo ở Mỹ là 30 - 150 chứng bệnh [101], Châu Âu là 46 bệnh [77], Australia là 65 bệnh [64], Trung Quốc là 27 bệnh [104], ở Việt Nam hiện nay là 28 bệnh [5]. Ba bệnh tả, sốt vàng và dịch hạch là nhóm bệnh yêu cầu báo cáo quốc tế. Gần đây do trên toàn cầu xuất hiện một số bệnh như SARS, cúm A/H5N1, Ebola, đại dịch cúm [82], [110], WHO cũng khuyến cáo các quốc gia thực hiện giám sát lồng ghép ít nhất đối với 22 BTN [109].

Dựa trên danh sách các BTN, các định nghĩa trường hợp bệnh được xây dựng cùng với quy trình thu thập, báo cáo, phân tích và phổ biến thông tin, đồng thời phân định rõ chức năng, nhiệm vụ của các thành viên, các đơn vị tham gia trong hệ thống [8], [101]. Việc phối hợp và hợp tác giữa các thành viên tham gia hệ thống có vai trò quan trọng trong thực hiện thành công các mục tiêu giám sát của hệ thống. Việc phối hợp có thể giữa hệ thống y tế tư nhân và nhà nước; giữa hệ thống YTCC và các đơn vị điều trị; giữa HTGS bệnh ở người và HTGS thú y, chăn nuôi; giữa HTGS và các yếu tố sinh thái, khí hậu...

1.2.3 Các hình thức giám sát

Giám sát thụ động: Là hình thức giám sát trong đó các thông tin y tế được báo cáo một cách thụ động và không có sự nỗ lực chủ động tìm kiếm thông tin từ các đơn vị trong HTGS. Hầu hết các HTGSBTN trên toàn thế giới sử dụng hình thức này, vì dễ thực hiện và không tốn nhiều kinh phí. Tuy nhiên, nhược điểm là bỏ sót nhiều trường hợp bệnh và có thể phát hiện không kịp thời do báo cáo muộn và không đầy đủ [8], [101], [107].

Giám sát chủ động: Là loại hình giám sát dựa theo những quy định do

một đơn vị y tế đảm nhiệm, các báo cáo được thu nhận thường xuyên hoặc định kỳ từ rất nhiều nguồn cung cấp [42]. Từ năm 2006, có 5 điểm giám sát chủ động quốc tế đặt tại Trung Quốc, Thái Lan, Kenya, Guatemala và Ai Cập. Tuy nhiên HTGS này không linh hoạt, rất tốn kém và đòi hỏi nhiều nhân lực tham gia cũng như sự cam kết của các phòng xét nghiệm [103].

Trên thực tế, hai hình thức giám sát thụ động và chủ động có thể được triển khai đan xen vào nhau để hoàn thành tốt hơn mục tiêu giám sát.

Giám sát dựa vào trường hợp bệnh: Là hình thức giám sát một bệnh cụ thể bằng cách thu thập số liệu đặc trưng của từng trường hợp bệnh, ví dụ như thu thập số liệu cụ thể của trường hợp liệt mềm cấp trong giám sát bại liệt [101].

Giám sát trọng điểm: Là hình thức giám sát, thu thập số liệu theo cỡ mẫu đã được xác định (ngẫu nhiên hoặc có chủ đích) nhằm phát hiện sớm trường hợp mắc hoặc đánh giá xu hướng của dịch. Hình thức này thường được thực hiện ở một số điểm dân cư, khu vực địa lý nhất định, vào thời gian nhất định nhằm bổ sung cho HTGS thường xuyên giúp phát hiện sớm sự bùng nổ của một vụ dịch, tuy nhiên hiệu quả không phải lúc nào cũng như nhau [101].

Giám sát dựa vào cộng đồng: Là hình thức giám sát sử dụng các số liệu do cộng đồng phát hiện và thông báo. Hình thức này có thể bao gồm cả giám sát chủ động (tìm kiếm trường hợp bệnh) hay giám sát thụ động và có giá trị trong suốt thời gian xảy ra dịch bệnh, nơi có thể áp dụng các định nghĩa về các hội chứng [101].

Giám sát dựa vào bệnh viện: Là hình thức giám sát được thực hiện tại bệnh viện nơi có bệnh nhân được chẩn đoán mắc một bệnh hoặc hội chứng cụ thể [101].

Giám sát dựa vào các phòng xét nghiệm: Là hình thức giám sát thu thập các thông tin xét nghiệm phát hiện tác nhân gây bệnh hoặc giám sát tính kháng kháng sinh của vi khuẩn do các phòng xét nghiệm cung cấp [93], [101].

Giám sát hội chứng: Là hình thức giám sát thu thập và phân tích các dữ liệu liên quan đến tình trạng sức khỏe trước khi chẩn đoán xác định được trường hợp bệnh hoặc vụ dịch nhằm đảm bảo việc chuẩn bị cho các hành động đáp ứng YTCC [73]. Khác với các phương pháp giám sát truyền thống, giám sát hội chứng và ứng dụng công nghệ thông tin để thống kê, phân tích dữ liệu công bố cho các nhà hoạch định chính sách kịp thời [99].

1.2.4 Nguồn dữ liệu giám sát

Nguồn dữ liệu giám sát có thể là dữ liệu về các trường hợp tử vong, các trường hợp mắc bệnh, dữ liệu xét nghiệm, các báo cáo trường hợp, báo cáo điều tra vụ dịch, báo cáo giám sát trọng điểm, các báo cáo giám sát môi trường, điều kiện khí hậu... Những dữ liệu về các loại vật chủ trung gian truyền bệnh có vai trò quan trọng trong giám sát các bệnh lây từ động vật sang người như viêm não do muỗi truyền vi rút, bệnh sốt xuất huyết hay cúm gia cầm, có ích cho việc xác định phạm vi của dịch [101]. Dữ liệu của các đợt điều tra sức khỏe cộng đồng cung cấp các thông tin về tỷ lệ hiện mắc và mắc mới, giúp ích nhiều cho việc đánh giá tầm quan trọng của vấn đề đang nghiên cứu hoặc để đánh giá mức độ và xu hướng phát triển các hành vi sức khỏe trong cộng đồng và đo lường tác động của các chương trình YTCC [101].

Trong điều tra dịch tễ học, các thông tin cơ bản về nhân khẩu học của cộng đồng có nguy cơ là các biến số quan trọng, là mẫu số để tính toán tỷ lệ mắc hoặc phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ. Ngoài ra, các đặc điểm khí hậu như nhiệt độ, độ ẩm, lượng mưa và các yếu tố môi trường khác có ảnh hưởng đến bệnh tật cũng có vai trò quan trọng trong giám sát bệnh truyền nhiễm [101].

1.2.5 Các bước giám sát bệnh truyền nhiễm

Các bước cơ bản của một hoạt động giám sát bệnh thường bao gồm: 1) phát hiện và xác định trường hợp bệnh; 2) lập báo cáo; 3) điều tra dịch tễ học;

4) hành động đáp ứng và 5) phản hồi thông tin.

Phát hiện và xác định trường hợp bệnh

Phát hiện trường hợp bệnh là hoạt động có vai trò tích cực trong chủ động phát hiện và giám sát dịch bệnh. Phát hiện trường hợp bệnh có thể được thực hiện tại các cơ sở y tế thông qua hệ thống y tế công hoặc tư nhân và tại cộng đồng thông qua phát hiện của cộng đồng, của các tổ chức cộng đồng.

Khi phát hiện được trường hợp bệnh, việc ghi chép đầy đủ các thông tin liên quan đến người bệnh là hoạt động tiếp theo và có ý nghĩa quan trọng cho việc xác định hoặc khẳng định trường hợp bệnh. Chất lượng của các thông tin thu thập được phụ thuộc vào việc sử dụng các tiêu chuẩn phát hiện và xác minh trường hợp bệnh, tức là định nghĩa trường hợp bệnh (ĐNTHB) [8].

Xác định trường hợp bệnh hoặc vụ dịch luôn được thực hiện dựa trên năng lực chẩn đoán khẳng định dịch tễ học và phòng xét nghiệm của hệ thống giám sát. Việc thực hiện nội kiểm và ngoại kiểm chất lượng trong quá trình chẩn đoán khẳng định trường hợp bệnh là yếu tố quan trọng nhằm bảo đảm tính chính xác và độ tin cậy của kết quả xét nghiệm.

Lập báo cáo

Báo cáo là hoạt động cung cấp số liệu, thông tin cho nơi yêu cầu. Trong HTGSBTN, báo cáo là khi các cá nhân, đơn vị (nhân viên lâm sàng, nhân viên phòng xét nghiệm) gửi hoặc cung cấp thông tin về trường hợp bệnh, về vụ dịch, về các vấn đề sức khỏe phát hiện được ở cộng đồng hoặc trong các cơ sở y tế, cho các đơn vị giám sát [90]. Báo cáo cũng là hoạt động ấn hành, xuất bản định kỳ các thông tin đặc hiệu về bệnh dịch qua quá trình giám sát, bao gồm cập nhật các bảng, biểu, đồ thị chuẩn về các vụ dịch xảy ra; và thông tin về việc thực hiện theo các chỉ tiêu, chỉ số đã đề ra. Các loại hình báo cáo giám sát gồm có báo cáo định kỳ [8]; báo cáo khẩn cấp (áp dụng cho một số bệnh cần được khai báo khẩn cấp [110] như tả, dịch hạch, sốt vàng, sốt xuất huyết do vi rút Ebola, Lassa. Marburg, sốt Tây sông Nile, bệnh nghi SARS

hoặc cúm A/H5N1 và các bệnh lạ mới nổi khác); báo cáo không có trường hợp bệnh và báo cáo trường hợp bệnh.

Các hình thức báo cáo được sử dụng thường xuyên là báo cáo qua điện thoại, bằng fax, văn bản, hay thư điện tử tùy thuộc vào từng hệ thống và nguồn lực của mỗi quốc gia [91]. Hiện nay, phát triển ứng dụng của công nghệ thông tin đã hỗ trợ nhiều cho việc xây dựng báo cáo.

Phân tích và công bố dữ liệu

Điểm then chốt của HTGSBTN là khả năng phân tích chính xác, kịp thời và công bố đúng lúc các dữ liệu giám sát cho những người/đơn vị cần biết giúp cho việc triển khai các biện pháp kiểm soát và phòng chống bệnh [101]. Việc phân tích dữ liệu và đưa ra kết luận được thực hiện định kỳ tùy theo cấp độ báo cáo nhưng thường có so sánh tình hình hiện tại với cùng kỳ của giai đoạn trước đó (tuần, tháng, năm) và xác định ngưỡng hành động bao gồm ngưỡng cảnh báo dịch và ngưỡng dịch nhằm giúp các cán bộ giám sát và quản lý chương trình trả lời câu hỏi “khi nào thì cần hành động và cần thực hiện hành động nào?”.

Công bố dữ liệu là việc phát hành thường kỳ những dữ liệu giám sát và kết quả phân tích kèm lời diễn giải. Hầu hết các HTGSBTN hiện đại đều có thể cung cấp thông tin ngay khi kết thúc giai đoạn phân tích dữ liệu. Những cảnh báo này thường được mã hóa bằng biểu tượng “cờ” để chỉ ra rằng các số liệu giám sát đã vượt ngưỡng; số liệu được phân tích theo không gian và thời gian [90].

Điều tra dịch tễ

Khi phát hiện được dấu hiệu của một vụ dịch, việc điều tra và xác định vụ dịch ở thực địa được tổ chức tiến hành nhanh chóng nhằm tìm ra được những giải pháp phù hợp và hiệu quả. Các bước tiến hành điều tra dịch tễ bao gồm lập kế hoạch điều tra và chống dịch, kế hoạch kinh phí để thực hiện, xác định sự tồn tại của dịch, xác định chẩn đoán, xác định định nghĩa trường hợp

bệnh và chẩn đoán những trường hợp bệnh, tổ chức nghiên cứu vụ dịch, thực hiện các biện pháp phòng và chống dịch và lập báo cáo điều tra vụ dịch. Các bước trên được sắp xếp theo trình tự của quy trình điều tra dịch, tuy nhiên, trong thực tế, một số bước có thể được thực hiện cùng lúc, hoặc tùy theo tính chất của vụ dịch mà có thể thay đổi trình tự các bước một cách linh hoạt với mục đích đảm bảo chất lượng điều tra dịch bệnh, không bỏ sót các khâu và các thông tin quan trọng.

Đáp ứng phòng chống dịch

Sau khi hoàn thành cuộc điều tra và thu thập được đủ bằng chứng, có thể lập kế hoạch phòng chống dịch sử dụng các biện pháp đáp ứng phù hợp. Các hoạt động kiểm soát sự lan rộng của vụ dịch, hạn chế số mắc mới có thể được tiến hành ngay cả khi đang thực hiện điều tra. Hoạt động đáp ứng phòng chống dịch bao gồm cả việc lập kế hoạch thực hiện chương trình dự phòng toàn diện sau khi kiểm soát được vụ dịch nhằm giảm khả năng xảy ra những vụ dịch tương tự trong tương lai.

Hoạt động đáp ứng phòng chống dịch bao gồm các bước tăng cường giám sát trường hợp bệnh, trường hợp tiếp xúc với bệnh; đào tạo bổ sung và cập nhật kiến thức kỹ năng cho CBYT; triển khai các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe; triển khai chiến dịch tiêm phòng khẩn cấp; cải thiện khả năng tiếp cận với nguồn nước sạch; cải thiện việc quản lý các chất thải; cải thiện vệ sinh an toàn thực phẩm; giảm nguy cơ tiếp xúc với muỗi truyền bệnh/kiểm soát véc tơ; đề xuất các khuyến nghị kỹ thuật phù hợp chống dịch và điều chỉnh các chương trình can thiệp hoặc thay đổi chính sách cho phù hợp.

Phản hồi thông tin

Phản hồi thông tin là động lực thúc đẩy sự tham gia của các đơn vị trong hệ thống tích cực hơn. Ngoài ra, phản hồi thông tin còn giúp cán bộ y tế các tuyến tăng cường nhận thức về tầm quan trọng của HTGSBTN [87],

[129]. Phản hồi thông tin được thực hiện dưới nhiều hình thức khác nhau như tập san y tế, bản tin, thông báo bằng văn bản phục vụ cho cộng đồng hoặc qua các cuộc họp định kỳ (là hình thức phản hồi thông tin thường được thực hiện ở tuyến cơ sở, đặc biệt lồng ghép trong các buổi giao ban định kỳ).

1.2.6 Giám sát và đánh giá định kỳ

Giám sát và đánh giá định kỳ HTGSBTN là một thành phần quan trọng trong hoạt động của hệ thống. Theo khuyến nghị của WHO, mỗi quốc gia nên thực hiện định kỳ việc đánh giá HTGSBTN 2 năm/lần nhằm đảm bảo rằng các mục tiêu giám sát đều đạt được và các hoạt động đều được thực hiện theo đúng kế hoạch [110], [111].

Các chỉ số giám sát, đánh giá và kế hoạch hoạt động được xây dựng một cách đồng bộ để có thể đưa ra được những khuyến nghị phù hợp nhằm nâng cao chất lượng của HTGSBTN. Bất kỳ các hoạt động theo dõi và đánh giá đều đề cập đến những vấn đề mục tiêu, phạm vi, thời điểm và phương pháp đánh giá. Các chỉ số theo dõi và đánh giá hệ thống do mỗi quốc gia, mỗi khu vực tự thiết lập nhưng đều dựa trên 4 cấu phần của một HTGSBTN gồm tổ chức và hợp tác trong và ngoài hệ thống; các chức năng chính của hệ thống; các chức năng hỗ trợ và chất lượng của HTGSBTN [72],[70], [111].

1.3 Một số hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm trên thế giới và tại Việt Nam

1.3.1 Hệ thống cảnh báo sớm, đáp ứng nhanh với dịch bệnh toàn cầu của Tổ chức Y tế Thế giới (GOARN)

Hệ thống cảnh báo sớm, đáp ứng nhanh với dịch bệnh toàn cầu (GOARN) là một hệ thống sử dụng kết nối mạng lưới thông tin kỹ thuật của các tổ chức và mạng lưới hiện hữu quốc tế để phát hiện, xác định và đáp ứng kịp thời dịch bệnh. Nguồn thông tin được thu thập thông qua hệ thống này bao gồm các nguồn thông tin chính thống và không chính thống.

Nguồn thông tin chính thống là các nguồn tin có từ các cơ quan chính

phủ, các viện nghiên cứu, các trường đại học, hệ thống phòng xét nghiệm và các tổ chức như CDC, các Viện Pasteur, mạng lưới YTCC, mạng lưới đào tạo dịch tễ học thực địa, HTGSBTN quốc gia và các nhà khoa học [20], [49].

Nguồn thông tin không chính thống của hệ thống gồm các phương tiện truyền thông, thông tin và internet, đó là các mạng lưới thông tin YTCC toàn cầu, ProMED, TravelMed, PACNET hoặc Sentiweb..., hoặc các tổ chức phi chính phủ như là hội Trăng lưỡi liềm và Chữ thập đỏ quốc tế, Thầy thuốc không biên giới của Pháp, Hội cứu trợ y tế quốc tế khẩn cấp và các tổ chức tôn giáo [78], [119].

Để tăng cường giám sát bệnh truyền nhiễm sau hậu quả của dịch SARS năm 2003 và kiểm soát bệnh truyền nhiễm, Điều lệ Y tế Quốc tế (IHR) (2005) được xây dựng và sử dụng như một công cụ pháp lý nhằm mục đích tiếp cận hội chứng, khuyến khích giám sát các bệnh truyền nhiễm mới nổi hoặc tái nổi. IHR hỗ trợ tăng cường các hệ thống cảnh báo sớm cho các quốc gia thành viên của WHO góp phần truyền thông toàn cầu, cho phép liên lạc kịp thời giữa các quốc gia thành viên của WHO và với CDC, Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa bệnh tật Châu Âu (ECDC) về các sự kiện có thể tạo thành tình trạng khẩn cấp quốc tế về sức khỏe cộng đồng (PHEIC), tập trung vào việc cảnh báo sớm, đáp ứng nhanh mà không cần chờ các kết quả từ các PXN [95]. Ví dụ điển hình là mạng lưới giám sát cúm toàn cầu do WHO điều hành hoạt động rất hiệu quả nhằm phát hiện các chủng vi rút cúm mới xuất hiện [78], [92], [119]. Ngoài ra còn có các hệ thống báo cáo bệnh truyền nhiễm ở phạm vi quốc tế như ProMED và ProMED-Mail [96], HealthMap [69]. Những nguồn dữ liệu từ những hệ thống này có thể giúp cho việc phát hiện sớm các vụ dịch hay hỗ trợ việc nhận thức các vấn đề YTCC ưu tiên. Hệ thống này không tốn kinh phí và truyền tải dữ liệu cập nhật, kịp thời cho người sử dụng.

1.3.2 Các hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm khác trên thế giới

Hiện nay tại các nước, một số HTGSBTN được phát triển đối với từng nhóm bệnh như CDC tại Mỹ, Eurosurveillance (ECDC) tại Cộng đồng các

nước Châu Âu, tại Australia hay New Zealand...Hầu hết các HTGS này đều có chung một cấu trúc, thành phần như đã trình bày ở trên. Mỗi quan tâm của những hệ thống này là phòng tránh các bệnh tái xuất hiện và bệnh gây dịch thay vì tập trung vào phát hiện sớm trường hợp bệnh, vụ dịch như các nước đang phát triển [119].

HTGS điện tử quốc gia tại Mỹ - NEDSS: sử dụng số liệu và thông tin chuẩn để đẩy mạnh việc phát triển có hiệu quả, lồng ghép và vận hành bên trong HTGS ở các cấp độ liên bang, bang, hạt. Hệ thống này là một cấu phần quan trọng của mạng lưới thông tin YTCC ở Mỹ [71].

HTGS điện tử các vụ dịch tại Đức - SurvNet: được Viện nghiên cứu Robert Koch (Đức) triển khai năm 2001 nhằm giảm thiểu khối lượng công việc của các hệ thống y tế [86].

HTGSBTN dựa vào internet ở Thụy điển - SmiNet-2: là HTGS điện tử các BTN được áp dụng từ năm 2004 tại Thụy điển, cho phép thực hiện báo cáo trực tiếp trường hợp bệnh trên mạng sử dụng mã số cá nhân để tự động cập nhật và thống nhất số liệu lâm sàng và xét nghiệm của các trường hợp bệnh được thông báo, do vậy đảm bảo tính kịp thời của dữ liệu so với các hệ thống khác [98].

HTGS thông tin bệnh truyền nhiễm của Hà Lan: được triển khai từ năm 1996 tại Hà Lan, sử dụng dữ liệu kết quả xét nghiệm trên internet để phân tích xu hướng bệnh nhằm đưa ra các biện pháp can thiệp kịp thời. Hạn chế của hệ thống là khó tổng hợp tự động khi có nhiều kỹ thuật xét nghiệm cùng thực hiện [68], vì vậy từ năm 2007 Hà Lan đã triển khai nghiên cứu để có thể cải thiện được nhược điểm này [102].

HTGSBTN khu vực Trung Đông - MECIDS: được triển khai tại Israel, Jordan và Palestine từ năm 2003 tập trung vào các BTN lây qua đường tiêu

hóa, thực phẩm. Hệ thống này sử dụng trang web để trao đổi thông tin, thông báo vụ dịch, ca bệnh nghi ngờ [78], [83].

Mạng lưới giám sát bệnh truyền nhiễm khu vực sông Mê Kông MDBS: được thiết lập từ năm 1999 với mục đích chia sẻ thông tin về BTN giữa các quốc gia trong Khu vực (Việt Nam, Lào, Campuchia, Thái Lan, Myanmar và tỉnh Vân Nam, tỉnh Quảng Tây của Trung Quốc). Các bệnh dịch ưu tiên là cúm gia cầm, tả, sốt xuất huyết, lỵ, thương hàn, sởi, HIV/AIDS, lao, sốt rét và BTN nguy hiểm như viêm phổi, SARS và cúm A/H1N1 [100].

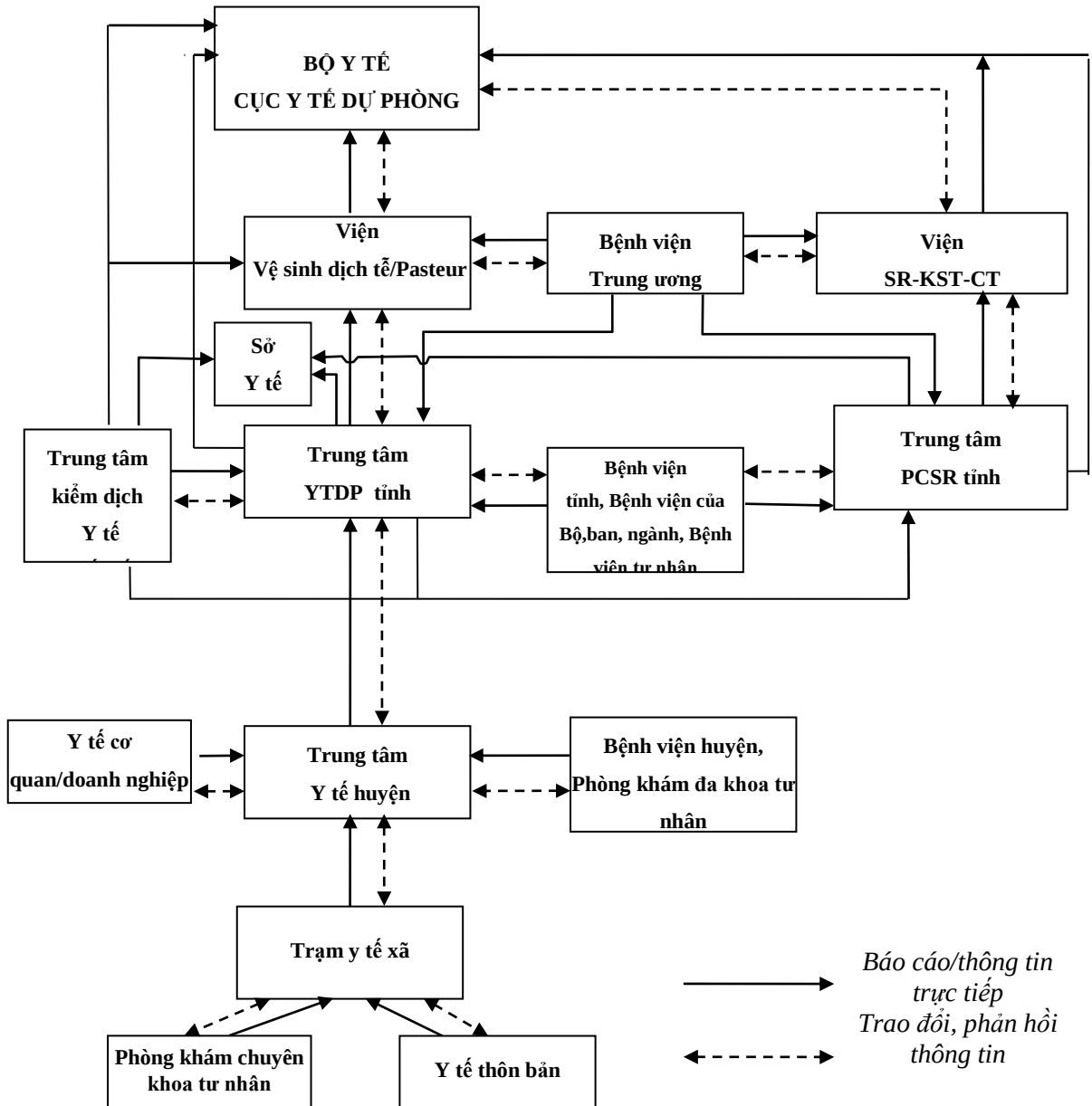
Mạng lưới giám sát lồng ghép các bệnh truyền nhiễm khu vực Đông Phi - EAIDSNet: được triển khai phối hợp ở các nước Kenya, Tanzania, và Uganda. Điểm quan trọng của mạng lưới này là cải thiện chất lượng số liệu các BTN cũng như luồng thông tin báo cáo, chia sẻ thông tin nhằm cải thiện sức khỏe cộng đồng của vùng Đông Phi [76].

Trung tâm Giám sát bệnh truyền nhiễm Nam Phi - SACIDS: được xây dựng nhằm cải thiện năng lực phát hiện, xác định và theo dõi chiều hướng của các BTN ở người và động vật và triển khai tại Congo, Mozambique, Nam Phi, Tanzania và Zambia. Các BTN được giám sát gồm: cúm gia cầm, tả, lỵ, sốt xuất huyết, BTN nguy hiểm, bệnh tay chân miệng, HIV/AIDS, sốt rét, dại, lao và sốt thung lũng Rift [79].

Hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm Trung Quốc: được thiết lập để báo cáo các BTN từ những năm 1950. Sau hơn 50 năm HTGS này đã thay đổi: i) tăng số BTN cần báo cáo từ 15 bệnh ở thập kỷ 50 lên 28 bệnh năm 2004, giảm xuống 27 bệnh từ năm 2005 và hiện lại tăng lên đến 39 BTN; ii) chuyển từ hệ thống báo cáo BTN bằng văn bản sang hệ thống báo cáo BTN trên trang web điện tử [104] và hiện nay thông qua phần mềm trực tuyến phủ được đến 100% các huyện trên toàn lãnh thổ Trung Quốc với hệ thống đường truyền riêng biệt, máy chủ đặt tại trụ sở Bộ Y tế Trung Quốc. Có khoảng 70%

các bệnh viện và 60% số xã tham gia vào hệ thống báo cáo trực tuyến này, giảm thời gian báo cáo từ 7 ngày xuống còn 1 ngày [66].

1.3.3 Hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm tại Việt Nam



Hệ thống thông tin báo cáo dịch BTN ở Việt Nam được triển khai theo chỉ thị 10/1998/CT-BYT ngày 28/12/1998 của Bộ Y tế với 26 bệnh truyền nhiễm [25]. Từ năm 2002, hệ thống hoạt động theo quy định của Quyết định

số 4880/2002/QĐ-BYT [6] và từ năm 2011 thực hiện theo Thông tư 48/2010/TT-BYT của Bộ Y tế với những thay đổi liên quan đến Luật phòng chống BTN số 03/2007/QH12 quy định danh mục các BTN cần báo cáo theo 3 nhóm A, B và C dựa trên mức độ truyền nhiễm của bệnh [42], Thông tư 48/2010/TT-BYT hướng dẫn thi hành Luật phòng chống BTN có tính pháp lý cao hơn Quyết định 4880/2002/QĐ-BYT [18], [19], với sự tham gia của hệ thống y tế tư nhân và kiểm dịch quốc tế trong HTGS hiện hành, tăng độ bao phủ của HTGS đối với cộng đồng được giám sát và quy định rõ chức năng nhiệm vụ, cơ chế hoạt động của các đơn vị. HTGSBTN được thiết lập và củng cố từ trung ương đến địa phương dưới sự chỉ đạo của Cục Y tế dự phòng, có nhiệm vụ giám sát phát hiện và báo cáo các BTN gây dịch [6], [18], [19].

Mô hình hệ thống cảnh báo sớm và đáp ứng nhanh các dịch bệnh nguy hiểm: Năm 2008 Cục Y tế dự phòng - Bộ Y tế đã triển khai mô hình cảnh báo sớm, đáp ứng nhanh các bệnh dịch nguy hiểm nhằm nâng cao năng lực HTGSBTN trong khuôn khổ Dự án phòng chống bệnh truyền nhiễm khu vực tiểu vùng sông Mê Kông giai đoạn 2006-2009 [24]. Đối tượng của mô hình này là các BTN nguy hiểm, có tỷ lệ tử vong cao và/hoặc có khả năng lan truyền nhanh và gây bệnh cho nhiều người (bệnh tả, dịch hạch, viêm não do vi rút, cúm mùa...); các BTN đã được thanh toán hoặc đã loại trừ, hoặc đã lâu không xuất hiện nay có thể quay trở lại (bệnh bại liệt, uốn ván sơ sinh, sốt phát ban chảy rận...); các BTN mới xuất hiện ở nước ta hoặc có khả năng xâm nhập vào nước ta từ một lãnh thổ khác (SARS, cúm gia cầm do A/H5N1, sốt vàng, sốt xuất huyết Marburg, Ebola, viêm não Tây sông Nile...); những sự kiện sức khỏe “không bình thường” khác trong cộng đồng, được nghi là có liên quan tới căn nguyên vi sinh và có khả năng lây nhiễm rộng hoặc gây tử vong cao.

Mô hình hệ thống cảnh báo sớm và đáp ứng nhanh các dịch bệnh nguy hiểm được triển khai trong 2 giai đoạn. Giai đoạn 1 trên phạm vi 15 tỉnh/thành phố, giai đoạn 2 bao phủ 63 tỉnh/thành phố trong phạm vi toàn

quốc. Mô hình được xây dựng trên cơ sở của hệ thống giám sát dịch tễ và phòng chống các bệnh truyền nhiễm hiện có trên toàn quốc với sự hỗ trợ của các lực lượng xã hội khác có liên quan tới đời sống sức khỏe của cộng đồng trong những tình huống khẩn cấp (dịch bệnh truyền nhiễm...).

Thành phần của Hệ thống cảnh báo sớm, đáp ứng nhanh bao gồm Y tế cơ sở (thôn/bản, xã/phường, y tế cơ xí nghiệp, công nông lâm trường...), các Trung tâm YTDP và cơ sở YTDP tuyến huyện và tuyến tỉnh, các Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế tuyến tỉnh, các Viện VSDT/Pasteur khu vực và trung ương, các viện chuyên ngành hệ YHDP các tuyến, các bệnh viện đa khoa và chuyên khoa các tuyến từ huyện tới trung ương, hệ thống các phòng khám bệnh tư nhân, hệ thống các hiệu thuốc tân dược và đông - nam dược, Ban Quản lý các dự án mục tiêu quốc gia và các dự án sức khỏe khác và các phòng/bộ phận xét nghiệm vi sinh độc lập hoặc nằm trong các cơ sở y tế các tuyến.

Quy trình cảnh báo sớm bao gồm xây dựng định nghĩa trường hợp bệnh và ngưỡng cảnh báo đối với một số dịch bệnh nguy hiểm. Sử dụng các nguồn thông tin cho cảnh báo sớm như nguồn thông tin giám sát dịch tễ học chủ động từ các cơ sở điều trị và phòng khám bệnh và nguồn thông tin từ cộng đồng như đối với các trường hợp mắc bệnh hoặc tử vong liên quan tới các triệu chứng nặng nề, có tính chất hàng loạt, chùm bệnh cũng như các thông tin về bệnh lạ của động vật, thông tin có tính bất thường liên quan đến sức khỏe cộng đồng.

Phương thức báo cáo được sử dụng là báo cáo ngay lập tức lên cơ quan y tế cấp trên hoặc có thể báo cáo vượt cấp lên Bộ Y tế (Cục Y tế dự phòng), Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, bằng mọi phương tiện có thể như điện thoại, fax, e-mail hoặc trực tiếp...Sau khi nhận được thông tin cảnh báo, đơn vị nhận được thông tin cần tiến hành điều tra xác định thông tin ngay trong vòng 24 giờ bao gồm điều tra dịch tễ và lấy mẫu bệnh phẩm, bảo quản bệnh phẩm và chuyển nhanh mẫu bệnh phẩm về PXN để xác định chẩn đoán.

Quy trình đáp ứng nhanh (ĐUN) bao gồm các hoạt động điều tra đánh giá nhanh mức độ ảnh hưởng của sự cố sức khỏe (hiện tượng bệnh dịch nguy hiểm

theo kết quả của hoạt động cảnh báo sớm), tiến hành các biện pháp bao vây ổ dịch, cách ly nguồn bệnh, xử lý phòng chống đặc hiệu và không đặc hiệu ngăn chặn sự lan truyền bệnh trong cộng đồng.

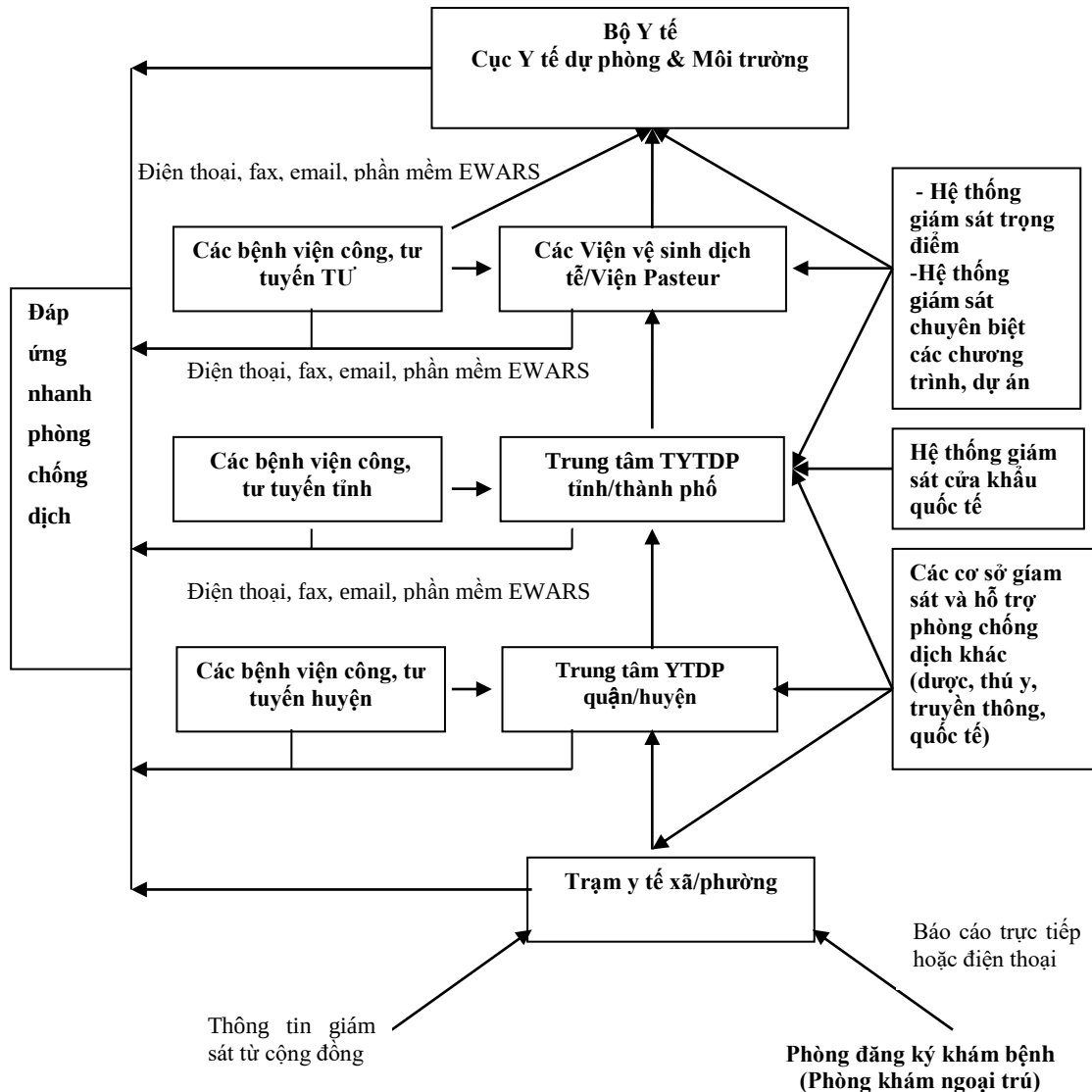
Các đội cơ động chống dịch được thành lập tại tuyến quận/huyện (Trung tâm y tế dự phòng quận/huyện), tuyến tỉnh/thành phố (Trung tâm y tế dự phòng tỉnh/thành phố) tới tuyến Trung ương (Viện Vệ sinh dịch tễ/Viện Pasteur khu vực). Thành phần của đội cơ động thường gọn, nhẹ với số lượng 3-5 cán bộ bao gồm 1-2 cán bộ dịch tễ, 1 cán bộ xét nghiệm, 1 cán bộ xử lý môi trường và 1 cán bộ lâm sàng. Chức năng và nhiệm vụ của đội cơ động chống dịch là điều tra nhanh xác định về tình hình diễn biến dịch, tổ chức lấy mẫu bệnh phẩm: ở bệnh nhân, người tiếp xúc và môi trường và đề xuất những biện pháp phòng chống dịch kịp thời như tổ chức cách ly điều trị bệnh nhân và người tiếp xúc, xử lý môi trường bị ô nhiễm, trực tiếp tham gia xử lý ổ dịch.

Hình thức thông tin, báo cáo của HTGSBTN

Hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm sử dụng các thông tin giám sát BTN bao gồm số người mắc, số trường hợp tử vong do BTN, số tích lũy trường hợp mắc, số tích lũy trường hợp tử vong, kết quả giám sát dịch tễ, thời gian, địa điểm phát hiện các trường hợp nghi ngờ mắc, các trường hợp mắc và ổ dịch hoặc dịch.

Hình thức và nội dung báo cáo [18], [19] gồm báo cáo định kỳ (báo cáo ngày, báo cáo tuần, áp dụng đối với các bệnh tả, thương hàn, sốt xuất huyết, viêm não vi rút, dịch hạch, các bệnh lạ hoặc hội chứng lạ chưa rõ nguyên nhân hoặc các bệnh khác khi số mắc tăng bất thường và được thực hiện kể cả khi không ghi nhận trường hợp bệnh), báo cáo tháng và báo cáo năm. Ngoài ra còn sử dụng hình thức báo cáo nhanh (thực hiện theo yêu cầu cụ thể của cơ quan yêu cầu báo cáo), báo cáo đột xuất (được thực hiện ngay sau khi phát hiện có trường hợp nghi mắc hoặc mắc BTN thuộc nhóm A hoặc khi phát hiện ổ dịch, dịch nhưng tối đa không quá 24 giờ). Những báo cáo này có thể được báo cáo ngay lên cơ quan cấp trên, có thể báo cáo vượt cấp lên Cục YTDP (Bộ Y tế), Viện

VSDT/ Viện Pasteur bằng mọi phương tiện có thể: fax, email, điện thoại hoặc trực tiếp chậm nhất sau 24 giờ kể từ khi phát hiện...



Sơ đồ 1.2 Hệ thống cảnh báo sớm và đáp ứng nhanh các dịch bệnh nguy hiểm [24]

Việc báo cáo trường hợp nghi mắc hoặc mắc hoặc ổ dịch BTN thuộc nhóm A được thực hiện theo chế độ báo cáo ngày. Báo cáo trường hợp bệnh được thực hiện ngay khi có kết quả điều tra ban đầu đối với các bệnh thuộc nhóm A hoặc các trường hợp đầu tiên của ổ dịch. Quy trình báo cáo BTN được thực hiện theo Quyết định 4880/2002/QĐ-BYT từ trước năm 2010 [6].

Từ tháng 02/2011, quy trình báo cáo BTN được thực hiện theo Thông tư 48/2010/TT-BYT [18], [19], [42]. Quy trình báo cáo quy định sự tham gia của các đơn vị liên quan trong hệ thống y tế cũng như thời gian áp dụng đối với từng loại báo cáo ở từng tuyến khác nhau.

Mô hình giám sát bệnh truyền nhiễm mới nổi dựa vào cộng đồng năm 2009-2010 tại 2 tỉnh Thái Bình và Long An: Nguồn thông tin dịch bệnh được thu thập 24/24 giờ tại cộng đồng thông qua mạng lưới cộng tác viên là nhân viên y tế thôn/ấp. Trạm trưởng TYT là người chịu trách nhiệm chỉ đạo trực tiếp về chuyên môn cho đội ngũ cộng tác viên thôn/ấp, đồng thời là người tiếp nhận, sử dụng thông tin dịch bệnh để cung cấp cho HTGS bệnh truyền nhiễm tuyến trên theo hệ thống giám sát đang có.

Mô hình giám sát dịch cúm gia cầm dựa vào cộng đồng: Mục đích của mô hình là cung cấp thông tin giám sát dịch cúm gia cầm trên người và trên gia cầm tại cộng đồng (thôn ấp/bản) cho HTGSBTN chung của quốc gia. Các thành phần của mô hình dựa trên cơ cấu hiện có để lồng ghép hoạt động giám sát bao gồm Trạm Y tế, Y dược, thú y, các tổ tự quản, các thành viên tổ chức đoàn thể xã hội và các thành viên trong cộng đồng. Nguồn thông tin chủ yếu được thu thập thường xuyên từ các hộ gia đình hoặc bất thường, qua thông báo chủ động của các hộ gia đình, qua thông báo của nhân viên y dược, thú y, qua thông tin phản hồi từ tuyến trên, qua tổ trưởng tổ dân phố, tổ tự quản, các thành viên đoàn thể xã hội, cộng tác viên y tế, cán bộ thú y hoặc qua tin đồn về dịch bệnh trong cộng đồng.

Nhiệm vụ của các đơn vị theo tuyến thuộc hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm

Nhiệm vụ của từng đơn vị y tế các tuyến được quy định cụ thể như sau [18], [19]:

- Y tế thôn, bản và các phòng khám chuyên khoa tư nhân có trách nhiệm thu thập, tổng hợp, báo cáo số liệu BTN cho Trạm Y tế xã, phường, thị trấn.
- Trạm Y tế xã có trách nhiệm tổng hợp, xác minh và báo cáo số liệu

BTN trong địa bàn xã cho TTYTDP huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh, đồng thời thực hiện việc phản hồi thông tin cho các đơn vị thuộc địa bàn phụ trách.

- Các đơn vị y tế cơ quan, doanh nghiệp, bệnh viện huyện, các phòng khám đa khoa tư nhân có trách nhiệm tổng hợp, xác minh và báo cáo số liệu BTN tại cơ sở mình cho Trung tâm Y tế/TTYTDP huyện theo thời gian quy định.

- TTYTDP huyện có trách nhiệm phân tích, báo cáo số liệu BTN trong địa bàn huyện cho TTYTDP tỉnh/thành phố và thông tin bệnh về bệnh sốt rét, bệnh do ký sinh trùng, côn trùng cho Trung tâm Phòng chống sốt rét tỉnh (đối với các tỉnh đã thành lập Trung tâm này), đồng thời thực hiện việc phản hồi thông tin cho các đơn vị thuộc địa bàn phụ trách.

- Bệnh viện tỉnh, bệnh viện thuộc các bộ, ngành, bệnh viện tư nhân đóng trên địa bàn tỉnh có trách nhiệm tổng hợp, báo cáo thông tin BTN tại cơ sở mình cho TTYTDP tỉnh và thông tin bệnh về bệnh sốt rét, bệnh do ký sinh trùng, côn trùng cho Trung tâm Phòng chống sốt rét tỉnh (nếu đã thành lập Trung tâm này) theo thời gian quy định.

- Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế có trách nhiệm tổng hợp, xác minh, báo cáo số liệu BTN phát hiện tại các cửa khẩu cho Cục YTDP và các Viện Vệ sinh dịch tễ phụ trách khu vực, đồng thời thông báo cho TTYTDP tỉnh, Trung tâm Phòng chống Sốt rét tỉnh theo thời gian quy định.

- Bệnh viện trung ương có trách nhiệm tổng hợp, báo cáo thông tin BTN tại cơ sở mình cho các Viện VSDT/Viện Pasteur/Viện Sốt rét phụ trách khu vực (đối với bệnh sốt rét, bệnh do ký sinh trùng, côn trùng), đồng thời thông báo cho TTYTDP/sốt rét tỉnh theo thời gian quy định.

- TTYTDP/Trung tâm phòng chống sốt rét tỉnh có trách nhiệm tổng hợp, báo cáo thông tin BTN, thông tin bệnh về bệnh sốt rét, bệnh do ký sinh trùng, côn trùng tại cơ sở mình cho Sở Y tế tỉnh, Cục YTDP, các Viện dịch tễ

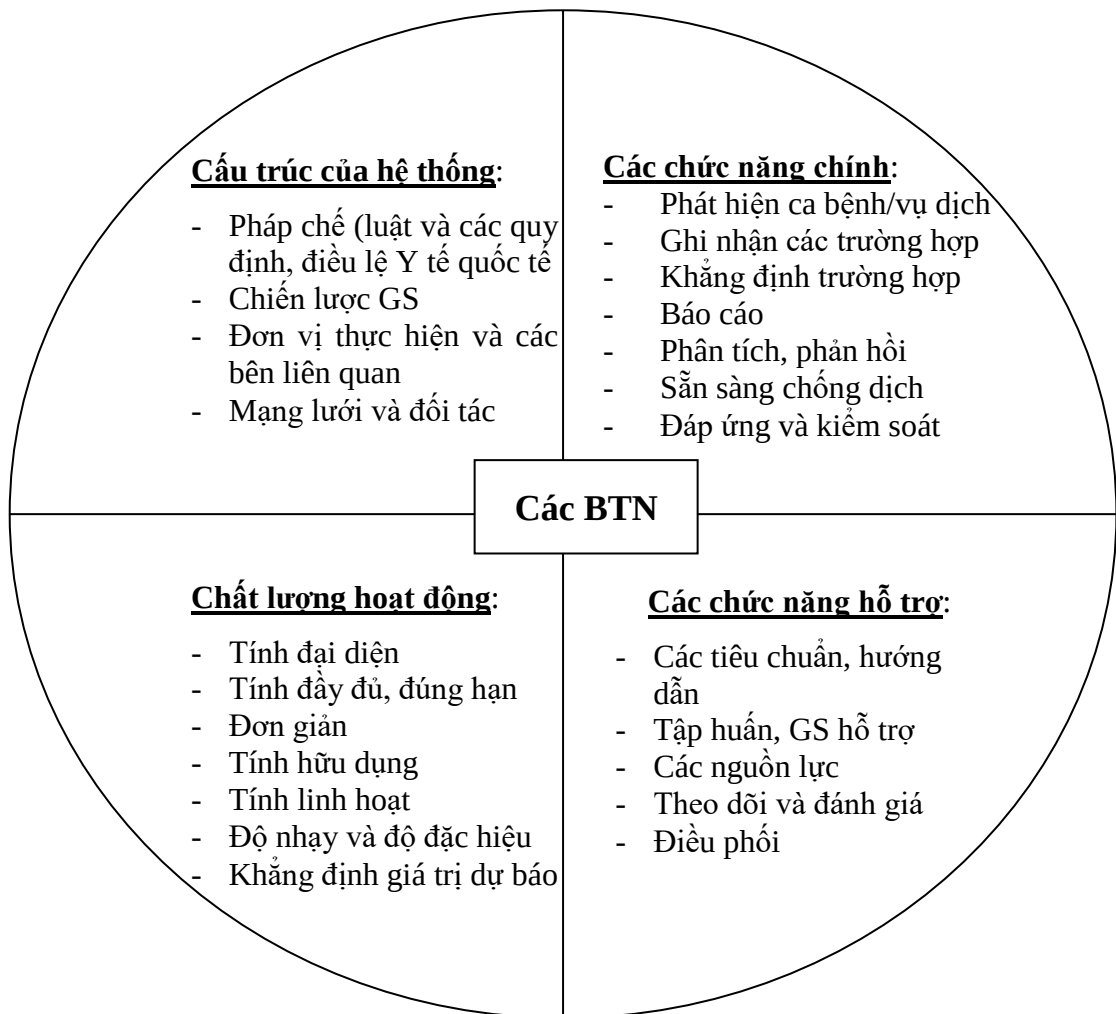
và Viện Sốt rét phụ trách khu vực, đồng thời thực hiện việc phản hồi thông tin cho các đơn vị thuộc địa bàn phụ trách.

Bảng 1.1 Các bệnh truyền nhiễm cần báo cáo hàng tháng [18], [19]

Tên bệnh	Nhóm	Mã ICD-10	Tên bệnh	Nhóm	Mã ICD-10
Tả	A	A00	Uốn ván sơ sinh	B	A33
Thương hàn	B	A01	Uốn ván	B	A35
Lỵ trực trùng	B	A03	Liệt mềm cấp nghi bại liệt	A	A80
Lỵ amíp	B	A06	Sởi	B	B05
Tiêu chảy	B	A09	Quai bị	B	B26
Viêm não vi rút	B	A83	Rubella (Rubeon)	B	B06
Sốt xuất huyết	B	A90/A91	Cúm	B	J10,11
Sốt rét	B	B50	Cúm A(H5N1)	A	J09
Viêm gan vi rút	B	B15	Bệnh do vi rút Adeno	B	B30
Bệnh Dại	B	A82	Dịch hạch	A	A20
Viêm màng não do não mô cầu	B	A39	Than	B	A22
Thủy đậu	B	B01	Xoắn khuẩn vàng da (Leptospira)	B	A27
Bạch hầu	B	A36	Tay - chân - miệng	B	B08.4
Ho gà	B	A37	Bệnh do liên cầu lợn ở người	B	B95

- Các Viện VSDT/Viện Pasteur/Viện Sốt rét có trách nhiệm tổng hợp, xác minh thông tin BTN từ các TTYTDP/Sốt rét tỉnh, Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế, bệnh viện trung ương trong khu vực được giao phụ trách và báo cáo Cục YTDP, đồng thời thực hiện việc phản hồi thông tin cho các đơn vị thuộc địa bàn phụ trách.

- Cục YTDP là cơ quan giám sát BTN cấp quốc gia có nhiệm vụ tiếp nhận thông tin, phân tích, phản hồi số liệu giám sát trong toàn quốc, trao đổi thông tin với quốc tế, giúp lãnh đạo Bộ Y tế chỉ đạo, quản lý toàn bộ HTGS và đáp ứng chống dịch.



Hình 1.1 Khung đánh giá Hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm

1.3.4 Giám sát và đánh giá Hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm

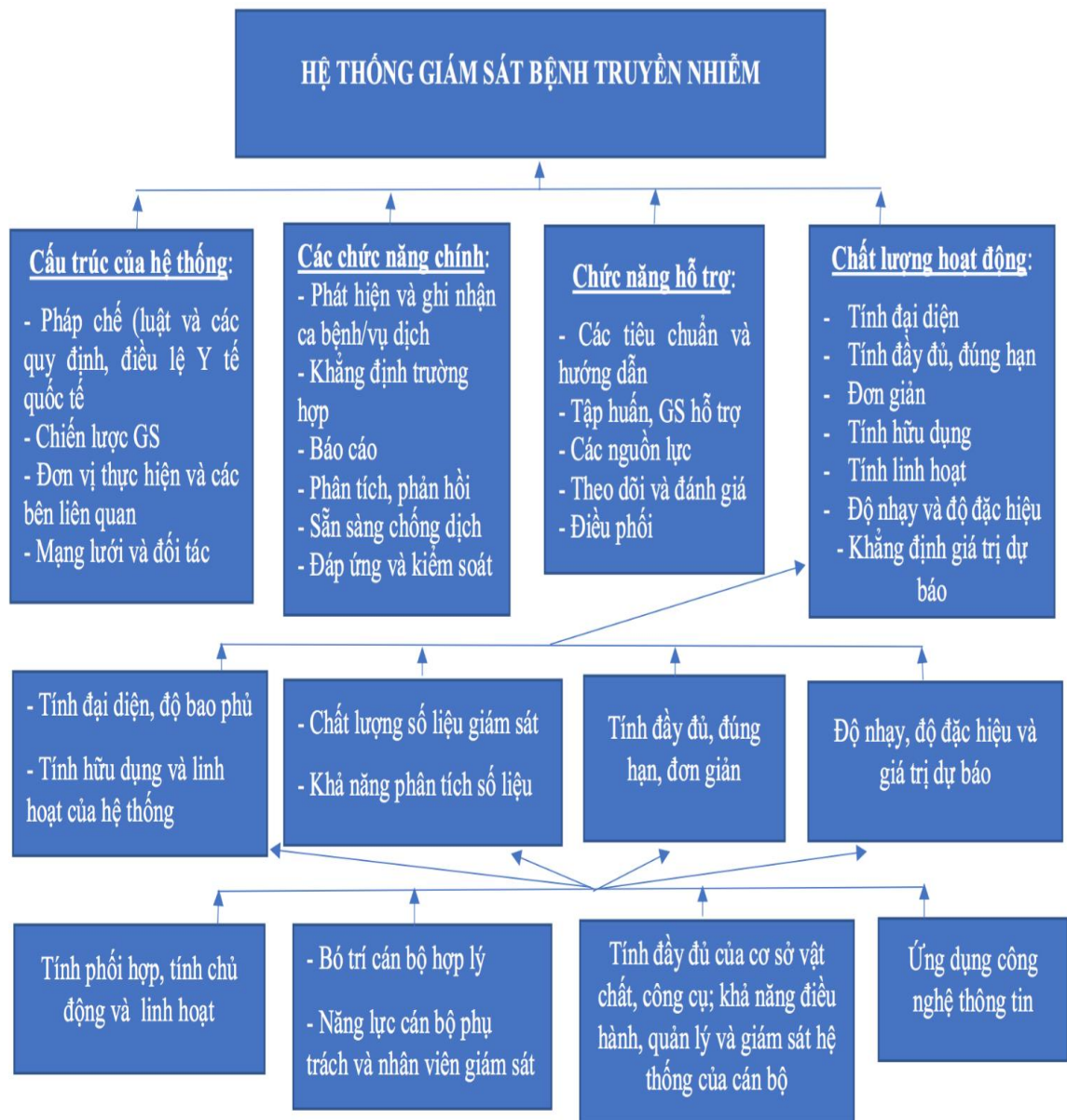
WHO đã khuyến cáo mỗi quốc gia cần thiết phải thực hiện các đợt giám sát và đánh giá (M&E) định kỳ HTGSBTN để đưa ra các ưu tiên trong việc kiểm soát bệnh dịch, tìm cơ hội tăng cường hiệu quả của hệ thống. Mục đích của đánh giá hệ thống theo CDC nhằm nhấn mạnh đến các nhu cầu về lồng ghép HTGS và hệ thống thông tin y tế, thiết lập tiêu chuẩn của các số liệu giám sát, trao đổi các dữ liệu sức khỏe điện tử và thay đổi mục tiêu của giám sát YTCC nhằm đáp ứng với các vấn đề sức khỏe mới nổi hoặc tái xuất hiện.

Về nội dung và các bước đánh giá, do HTGS nào cũng có tổ chức, cấu trúc, chức năng tương tự nhau nên theo hướng dẫn của WHO và CDC Hoa Kỳ, đánh giá một HTGSBTN là đánh giá 4 nội dung cơ bản của hệ thống, đó là cấu trúc của hệ thống (cơ sở pháp chế, chiến lược giám sát, các đơn vị thực hiện và mạng lưới của hệ thống), chức năng chính của hệ thống (năng lực phát hiện trường hợp bệnh/vụ dịch, phương pháp ghi nhận, chẩn đoán khẳng định trường hợp bệnh, báo cáo, phân tích, phản hồi và năng lực sẵn sàng đáp ứng, kiểm soát dịch bệnh); chức năng hỗ trợ (các tiêu chuẩn, hướng dẫn, tập huấn, giám sát hỗ trợ, nguồn lực và điều phối) và chất lượng hoạt động của hệ thống (tính đại diện, tính đầy đủ, đúng hạn, tính đơn giản, hữu dụng và linh hoạt của hệ thống, độ nhạy, độ đặc hiệu và giá trị dự báo) phù hợp với các bệnh truyền nhiễm mục tiêu của giám sát (Hình 1.1).

Việc đánh giá một HTGSBTN có thể thực hiện theo 4 bước cơ bản, đó là i) mô tả hệ thống cần đánh giá; ii) mô tả các thành phần tham gia và vận hành hệ thống; iii) mô tả các bên liên quan của HTGS và iv) đánh giá các cấu phần (chất lượng hoạt động) của hệ thống.

Để đánh giá chất lượng của HTGSBTN, các chỉ số thường được sử dụng gồm: *Chỉ số đầu vào* (các nguồn lực cần thiết để thiết lập và triển khai các hoạt động giám sát và đáp ứng PCD); *chỉ số quá trình* (theo dõi các hoạt

động đào tạo, giám sát hỗ trợ, phát triển các hướng dẫn, thực hiện các chức năng chính của HTGS); *chỉ số kết quả* (kết quả hoạt động: các báo cáo và phân tích dữ liệu, phản hồi thông tin, tỷ lệ nhân viên y tế được đào tạo); *chỉ số đầu ra* (mức độ HTGS đạt được mục tiêu); *chỉ số tác động* (mức độ đạt được mục tiêu chung của HTGS và đáp ứng PCD là giảm tỷ lệ chết mắc của các bệnh dịch, giảm tỷ lệ mắc BTN và thay đổi hành vi của các CBYT và cộng đồng về BTN). Đánh giá chất lượng của HTGSBTN là đánh giá tính đầy đủ (gồm đầy đủ các loại báo cáo, đầy đủ các trường hợp bệnh được báo cáo và đầy đủ các thông tin giám sát), tính kịp thời (là khoảng thời gian giữa các giai đoạn giám sát căn cứ vào quy định về thời gian báo cáo khẩn cấp, báo cáo ngày, tuần, tháng và năm), tính đơn giản (được thể hiện trong cấu trúc và cách vận hành của hệ thống), độ nhạy (là tỷ lệ trường hợp bệnh thực sự được hệ thống phát hiện và báo cáo so với số trường hợp bệnh thực tế trong cộng đồng thu thập từ các nguồn số liệu khác nhau), độ đặc hiệu (là khả năng phát hiện đúng, không chẩn đoán sai hoặc nhầm trường hợp bệnh của hệ thống), tính linh hoạt (là khả năng có thể bổ sung hoặc thay đổi số bệnh cần giám sát, tần suất báo cáo của hệ thống, khả năng chỉnh sửa định nghĩa trường hợp bệnh hay thay đổi ngưỡng cảnh báo, ngưỡng dịch...cũng như lồng ghép với các hệ thống khác), tính ổn định (là độ tin cậy của hoạt động cung cấp, thu thập và quản lý dữ liệu giám sát và khả năng hoạt động của hệ thống), khả năng được chấp nhận (phản ánh sự sẵn sàng tham gia vào các hoạt động của hệ thống của các tổ chức cũng như cá nhân), tính đại diện (phản ánh sự xuất hiện và phân bố các bệnh/vấn đề sức khỏe trong cộng đồng được giám sát), tính hữu dụng (là các hoạt động cảnh báo sớm với dịch và theo dõi hiệu quả của các chương trình kiểm soát) và chi phí hiệu quả (bao gồm chi phí trực tiếp và các chi phí khác của hệ thống).



Sơ đồ 1.3 Khung lý thuyết nghiên cứu

CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Mục tiêu 1. Đánh giá thực trạng hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm của thành phố Hà Nội

2.1.1 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng tư liệu hồi cứu và số liệu điều tra ngang nhằm mô tả thực trạng HTGSBTN của Hà Nội năm 2011-2012.

2.1.2 Đối tượng nghiên cứu

• *Các đơn vị tham gia hoạt động giám sát bệnh truyền nhiễm trên địa bàn Hà Nội, gồm:*

- Trung tâm Y tế dự phòng thành phố (Khoa Kiểm soát bệnh truyền nhiễm và vắc xin sinh phẩm và Khoa Xét nghiệm), Trung tâm Y tế quận, huyện (Khoa Kiểm soát dịch bệnh và Khoa Xét nghiệm); Trạm Y tế xã, phường.

- Bệnh viện đa khoa thành phố, bệnh viện huyện, hệ thống y tế tư nhân trên địa bàn thành phố (bệnh viện, phòng khám đa khoa).

• *Cán bộ tham gia hoạt động giám sát:*

- Nhóm cán bộ quản lý:

- + Lãnh đạo Sở Y tế phụ trách Y tế dự phòng,
- + Lãnh đạo bệnh viện thành phố, quận/huyện
- + Lãnh đạo TTYTDP tỉnh, huyện

- Cán bộ thuộc các TTYTDP thành phố, TTYT huyện:

- + Trưởng khoa kiểm soát bệnh truyền nhiễm và vắc xin, sinh phẩm (KSBTN&VXSP), Trưởng Khoa Xét nghiệm.
- + Cán bộ khoa Kiểm soát dịch bệnh, Khoa Xét nghiệm.

- Cán bộ thuộc các Trạm Y tế xã, phường:

- + Trưởng trạm
- + Cán bộ phụ trách hoạt động thống kê báo cáo dịch bệnh

- Cán bộ thuộc các cơ sở điều trị:

- + Cán bộ thông báo dịch của các bệnh viện Thành phố
- + Cán bộ thuộc các cơ sở y tế tư nhân.

• *Cơ sở vật chất, trang thiết bị phòng chống dịch:*

- Trang thiết bị xử lý ổ dịch.
 - Cơ sở thuốc, hóa chất phục vụ phòng chống dịch.
 - Trang thiết bị hỗ trợ cho công tác giám sát, thu thập số liệu như điện thoại, máy fax, mạng internet, phần mềm thống kê, báo cáo...
- *Tài liệu thứ cấp:* Tài liệu, văn bản liên quan đến hoạt động giám sát bệnh truyền nhiễm trên địa bàn thành phố năm 2011-2012.

2.1.3 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu là toàn bộ 29 quận, huyện trên địa bàn thành phố Hà Nội. Thời gian nghiên cứu từ tháng 01 năm 2012 đến tháng 12 năm 2012.

2.1.4 Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

2.1.4.1 Cỡ mẫu

- 239 đơn vị tham gia HTGSBTN gồm:
 - + Trung tâm Y tế dự phòng tuyến thành phố (2 Khoa);
 - + 29 Trung tâm Y tế tuyến quận, huyện (2 Khoa/TTYT);
 - + 10 Bệnh viện đa khoa Thành phố;
 - + 15 Bệnh viện đa khoa huyện;
 - + 10 Bệnh viện đa khoa tư nhân;
 - + 29 Phòng khám đa khoa tư nhân;
 - + Trạm Y tế xã/phường, được xác định dựa vào công thức sau:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó n: số Trạm Y tế cần điều tra;

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (với mức $\alpha = 5\%$, độ tin cậy 95%);

p: ước tính tỷ lệ Trạm Y tế gửi báo cáo bệnh truyền nhiễm đúng hạn.

Do chưa có số liệu báo cáo về tỷ lệ này nên chọn $p = 0,5$.

d: độ chính xác mong muốn $= 0,1$.

Thay số tính cỡ mẫu $n = 96$. Trên thực tế đã khảo sát 115 Trạm Y tế.

- Từ các đơn vị chọn 440 cán bộ y tế tham gia hoạt động giám sát BTN để khảo sát.

- Tài liệu thứ cấp: tất cả các tài liệu, văn bản liên quan đến hoạt động giám sát các bệnh truyền nhiễm tại các đơn vị nghiên cứu; các phiếu điều tra, báo cáo điều tra các vụ dịch tả, SXH, sởi, cúm A/H5N1 xảy ra trong năm 2011-2012.

2.1.4.2 Cách chọn mẫu

• *Chọn chủ đích đơn vị thuộc hệ thống GSBTN:*

- Các đơn vị y tế công lập tuyến thành phố và quận/huyện thuộc HTGSBTN của Hà Nội, gồm:

+ Trung tâm Y tế dự phòng Hà Nội (chọn 2 Khoa: Khoa Kiểm soát bệnh truyền nhiễm và vắc xin sinh phẩm và Khoa Xét nghiệm).

+ Toàn bộ 29 TTYT quận, huyện của Hà Nội (Tại mỗi Trung tâm chọn 2 Khoa: Khoa Kiểm soát dịch bệnh và HIV/AIDS, Khoa Xét nghiệm).

+ 10 bệnh viện công lập thành phố gồm: Bệnh viện Đống Đa, Bệnh viện Thanh Nhàn, Bệnh viện Xanh Pôn, Bệnh viện đa khoa Hà Đông, Bệnh viện Việt Nam - Cu Ba, Bệnh viện Bắc Thăng Long, Bệnh viện Đức Giang, Bệnh viện Vân Đình, Bệnh viện Sơn Tây, Bệnh viện Hoà Nhai (Tại mỗi bệnh viện chọn Khoa Truyền nhiễm).

+ 15 bệnh viện huyện gồm: Bệnh viện Thanh Trì, Bệnh viện Đông Anh, Bệnh viện Sóc Sơn, Bệnh viện Mê Linh, Bệnh viện Quốc Oai, Bệnh viện Thường Tín, Bệnh viện Mỹ Đức, Bệnh viện Phú Xuyên, Bệnh viện Thanh Oai, Bệnh viện Chương Mỹ, Bệnh viện Đan Phượng, Bệnh viện Hoài Đức, Bệnh viện Thạch Thất, Bệnh viện Ba Vì, Bệnh viện Phúc Thọ (tại mỗi bệnh viện chọn Khoa Truyền nhiễm).

- Các bệnh viện, phòng khám đa khoa tư nhân, bao gồm:

+ 10 bệnh viện đa khoa tư nhân: Bệnh viện Hồng Ngọc, Bệnh viện Tràng An, Bệnh viện Hồng Hà, Bệnh viện Hà Thành, Bệnh viện Thăng

Long, Bệnh viện Trí Đức, Bệnh viện Thiên Đức, Bệnh viện Hà Nội, Bệnh viện 16A Hà Đông, Bệnh viện Bảo Long (Tại mỗi bệnh viện chọn Khoa Truyền nhiễm hoặc Khoa Nội nếu không có Khoa Truyền nhiễm).

+ 29 Phòng khám Đa khoa (PKĐK) tư nhân của 29 quận, huyện.

• *Chọn ngẫu nhiên các Trạm Y tế:*

Chọn ngẫu nhiên dựa trên danh sách 577 Trạm Y tế xã/phường theo bảng chữ cái và theo Bảng số ngẫu nhiên EPI cho đủ Trạm Y tế xã/phường đã được tính theo công thức tính cỡ mẫu.

• *Chọn chủ đích cán bộ y tế tham gia giám sát BTN vào khảo sát*

- Trung tâm Y tế dự phòng Hà Nội: chọn chủ đích 14 cán bộ y tế trực tiếp tham gia giám sát BTN từ Khoa Kiểm soát bệnh truyền nhiễm và Vắc xin sinh phẩm, 10 cán bộ từ Khoa Xét nghiệm. Tổng số chọn 24 cán bộ y tế.

- 29 Trung tâm y tế quận, huyện: Mỗi đơn vị chọn chủ đích 03 cán bộ tham gia hoạt động giám sát BTN (01 cán bộ chuyên trách giám sát BTN, 01 cán bộ làm thống kê báo cáo dịch và 01 cán bộ thuộc khoa xét nghiệm chuyên lấy mẫu bệnh phẩm xét nghiệm BTN. Tổng số có 87 cán bộ y tế được chọn.

- Tại các bệnh viện: Bệnh viện đa khoa thành phố (10 đơn vị), bệnh viện đa khoa huyện (15 đơn vị) và bệnh viện tư nhân (10 đơn vị): Mỗi đơn vị chọn chủ đích 02 cán bộ y tế tham gia giám sát BTN. Tổng số chọn 70 cán bộ y tế.

- 29 PKĐK tư nhân: Mỗi đơn vị chọn 01 cán bộ y tế là cán bộ y tế phụ trách chuyên môn phòng khám. Tổng số chọn 29 cán bộ y tế.

- 115 Trạm Y tế: Mỗi đơn vị chọn 02 cán bộ y tế (01 cán bộ chuyên trách phòng chống dịch, 01 Trạm trưởng TYT) từ mỗi TYT. Tổng số chọn 230 cán bộ y tế.

Như vậy có 239 đơn vị với 440 cán bộ y tế được chọn vào khảo sát (bảng 2.1)

Bảng 2.1 Phân bổ số đơn vị và số cán bộ y tế tham gia khảo sát

Đối tượng	Số đơn vị khảo sát	Số CBYT khảo sát
Khoa KSBTN - TTYTDP Hà Nội	1	14
Khoa xét nghiệm - TTYTDP Hà Nội	1	10
Khoa KSBTN của TTYT quận, huyện	29	58
Khoa xét nghiệm của TTYT quận, huyện	29	29
Các TYT xã, phường	115	230
Bệnh viện ĐK Thành phố	10	20
Bệnh viện đa khoa huyện	15	30
Bệnh viện đa khoa tư nhân	10	20
Phòng khám đa khoa tư nhân	29	29
Tổng số	239	440

Ghi chú: Tại các Bệnh viện đa khoa tuyến thành phố, huyện: đơn vị được chọn là Khoa Truyền nhiễm và Khoa Xét nghiệm, trong trường hợp Bệnh viện không có Khoa truyền nhiễm riêng thì chọn Khoa Nội chung.

2.1.5 Các biến số nghiên cứu

Các biến số nghiên cứu được xây dựng theo 4 nội dung cơ bản của HTGSBTN và hướng dẫn của WHO bao gồm:

• *Cấu trúc của HTGSBTN:*

- Tính pháp lý của hệ thống đang vận hành;
- Mạng lưới của hệ thống và mối liên quan, hợp tác bên trong hệ thống (giữa các tuyến, giữa các đơn vị điều trị và dự phòng) và hợp tác với các đơn vị bên ngoài hệ thống (trường học, thú y, các ban ngành khác liên quan);
- Nhân sự của mạng lưới các đơn vị thuộc hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm.

• *Thực hiện chức năng chính của HTGSBTN:*

- Phát hiện và ghi nhận trường hợp bệnh: sổ (phần mềm) ghi chép trường hợp bệnh, sự kiện sức khỏe;

- Thu thập và tổng hợp số liệu giám sát;
- Thực hiện báo cáo giám sát dịch, bệnh định kỳ (tuần, tháng, năm) và đột xuất;
- Khả năng tổng hợp, phân tích và phiên giải số liệu giám sát;
- Hoạt động phản hồi thông tin trong hệ thống;
- Khả năng chuẩn bị phòng chống dịch (PCD): Kế hoạch, cơ sở vật liệu PCD và tài liệu truyền thông;
- Hoạt động đáp ứng và kiểm soát dịch bệnh: ban chỉ đạo PCD, thành lập đội cơ động PCD, khả năng triển khai các biện pháp PCD, sự sẵn có các test chẩn đoán nhanh, cơ sở quản lý bệnh nhân.
- *Chức năng hỗ trợ HTGSBTN:*
 - Các tiêu chuẩn và hướng dẫn như định nghĩa trường hợp bệnh, lấy mẫu, bảo quản và vận chuyển mẫu bệnh phẩm, hướng dẫn quản lý trường hợp bệnh, xử lý ổ dịch, biểu mẫu báo cáo;
 - Đào tạo: tính sẵn có của các tài liệu, chương trình và nội dung đào tạo, số cán bộ được đào tạo về các nội dung giám sát BTN, số lớp được tổ chức tại các tuyến;
 - Giám sát hỗ trợ: tần suất thực hiện;
 - Phương tiện hỗ trợ: máy tính, fax, điện thoại, phần mềm, internet...
- *Chất lượng hoạt động của hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm:*
 - Tính đầy đủ và tính đúng hạn của báo cáo giám sát, báo cáo dịch tại các tuyến;
 - Tính đơn giản của HTGSBTN;
 - Khả năng chấp nhận của HTGSBTN;
 - Tính hữu dụng của HTGSBTN.
- *Kiến thức, thực hành của các cán bộ giám sát bệnh truyền nhiễm (Mẫu phiếu phỏng vấn số 8-11, Phụ lục 2) về:*
 - Quy trình giám sát;
 - Định nghĩa trường hợp bệnh/chùm trường hợp bệnh;

- Thời gian thực hiện và các bệnh cần báo cáo;
- Phân tích và sử dụng số liệu;
- Điều tra vụ dịch;
- Theo dõi và giám sát trường hợp bệnh, vụ dịch;
- Phản hồi và trao đổi thông tin;
- Đào tạo tập huấn;
- Giám sát hỗ trợ;
- Dùng bài tập tình huống để đánh giá thực hành với một số BTN nguy hiểm của cán bộ trong HTGS (*Mục C trong Phiếu phỏng vấn số 8-11, Phụ lục 2*).

2.1.6 Phương pháp và công cụ thu thập số liệu

- Quan sát theo bảng kiểm, khảo sát hoạt động giám sát sử dụng phiếu điều tra đánh giá hoạt động giám sát tại các đơn vị y tế trong HTGSBTN các tuyến thuộc thành phố Hà Nội (*Mẫu phiếu điều tra 1-6, Phụ lục 1*);
- Hồi cứu các số liệu về các vụ dịch và các tài liệu liên quan (*Mẫu phiếu khảo sát 7, Phụ lục 1*)

2.2 Mục tiêu 2. Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp nâng cao chất lượng của hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm Hà Nội

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp tại cộng đồng không có đối chứng, sử dụng phương pháp điều tra định lượng và định tính. Đánh giá hiệu quả can thiệp bằng so sánh kết quả trước - sau can thiệp (so sánh dọc) và với các quy chuẩn của Bộ Y tế.

2.2.2 Địa điểm, thời gian nghiên cứu

*** Địa điểm nghiên cứu:**

Chọn chủ đích quận Đống Đa để can thiệp với các lý do:

Đống Đa là quận nằm ở trung tâm thành phố Hà Nội, phía Bắc giáp quận Ba Đình, phía Đông Bắc giáp quận Hoàn Kiếm, phía Đông giáp quận Hai Bà Trưng, phía Nam giáp quận Thanh Xuân, phía Tây giáp quận Cầu Giấy. Quận

rộng 9.96 km², có số dân số thường trú là 352 nghìn người (năm 2004) với mật độ dân số cao nhất Hà Nội (36.550 người/km²); có nhiều khu chung cư cũ; hệ thống sông, kênh, mương thoát nước ô nhiễm nghiêm trọng. Với đặc điểm đó, dịch bệnh trên địa bàn quận luôn tiềm ẩn nguy cơ phát sinh (là trọng điểm về dịch bệnh của Thành phố), đặc biệt năm 2009 dịch SXHD bùng nổ với số mắc là 16.090, 04 trường hợp tử vong, tỷ lệ mắc trên 100.000 dân là 245,9 gấp 1,9 lần tỷ lệ mắc so với năm 1998 có dịch lớn gần nhất. Về tỷ lệ mắc SXHD, số liệu từ năm 2006 đến 2010 cho thấy tỷ lệ mắc/100.000 dân trong các năm giai đoạn này đều cao hơn tỷ lệ mắc so với các năm trước đó. Cuối năm 2007 và năm 2008, dịch tả bùng phát tại Hà Nội, trong đó quận Đống Đa có số trường hợp mắc cao nhất Thành phố với 668 trường hợp trường hợp nghi mắc tả (*Theo số liệu thống kê tình hình dịch bệnh của Trung tâm YTDP Hà Nội*).

Hệ thống y tế của quận có cả các cơ sở y tế công lập và ngoài công lập: 21 Trạm Y tế phường, 13 bệnh viện công lập (Trung ương và Thành phố), 03 bệnh viện ngoài công lập và 10 phòng khám đa khoa tư nhân; có nhân lực y tế nhiệt tình trong công tác giám sát dịch.

*** Thời gian nghiên cứu:**

- Khảo sát thực trạng Hệ thống giám sát của quận Đống Đa từ tháng 6 đến tháng 8/2012.
- Tổ chức các hoạt động can thiệp từ tháng 9/2012 đến tháng 8/2013

2.2.3 Đối tượng nghiên cứu

- Các đơn vị tham gia giám sát BTN thuộc quận Đống Đa và các phường của quận (TTYT, TYT, bệnh viện và các PKĐK).
- Các cán bộ làm công tác giám sát dịch của Trung tâm Y tế quận Đống Đa bao gồm: cán bộ Khoa Kiểm soát dịch bệnh (KSDB) và Khoa Xét nghiệm. Cán bộ của 21 Trạm Y tế phường thuộc quận Đống Đa. Cán bộ làm công tác giám sát dịch của 03 BV đa khoa tư nhân (Tràng An, Hồng Hà và Hà Thành). Cán bộ giám sát dịch của 10 PKĐK tư nhân trên địa bàn quận.

- Số liệu thứ cấp: Thu thập từ các tài liệu, văn bản liên quan đến hoạt động giám sát các bệnh truyền nhiễm.

- Vụ dịch: Các vụ dịch sốt xuất huyết và các trường hợp nghi mắc tả trên địa bàn quận Đống Đa trong năm 2012-2013.

2.2.4 Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Do can thiệp được thực hiện trên toàn bộ các đơn vị thuộc hệ thống giám sát quận Đống Đa nên cỡ mẫu là toàn bộ 36 đơn vị và từ các đơn vị chọn chủ đích 68 cán bộ giám sát thuộc hệ thống trong nghiên cứu định lượng.

Nghiên cứu định tính được thực hiện bằng phỏng vấn sâu đối với Lãnh đạo đơn vị và thảo luận nhóm với 21 Trạm Y tế phường.

Số lượng các đơn vị và đối tượng được chọn cho nghiên cứu định lượng và định tính để đánh giá hiệu quả can thiệp được nêu cụ thể trong Bảng 2.2 và 2.3.

Bảng 2.2 Phân bổ số mẫu cho nghiên cứu định lượng đánh giá hiệu quả can thiệp tại quận Đống Đa

Đối tượng	Số đơn vị được khảo sát	Số CBYT tham gia giám sát được phỏng vấn
Khoa Kiểm soát dịch bệnh, TTYT quận	1	2
Khoa Xét nghiệm của TTYT quận	1	2
Các TYT phường	21	42
Bệnh viện tư nhân	3	12
Phòng khám đa khoa	10	10
Tổng số	36	68

Bảng 2.3 Phân bổ số mẫu cho nghiên cứu định tính đánh giá hiệu quả can thiệp tại quận Đống Đa

Đối tượng	Số CBYT được phỏng vấn sâu	Số CBYT tham gia thảo luận nhóm
Lãnh đạo TTYT quận	1	
Lãnh đạo BV đa khoa công lập	1	
Lãnh đạo BV đa khoa tư nhân và PKĐK	13	
Trạm trưởng TYT phường		21
Tổng số	15	21

2.2.5 Vấn đề và các biện pháp can thiệp

Từ thực trạng hoạt động HTGSBTN của Hà Nội và cụ thể là của quận Đống Đa, xác định:

** Các vấn đề cần can thiệp:*

- Hoàn thiện cấu trúc của hệ thống, tăng cường tính phối hợp giữa các đơn vị khám chữa bệnh và đơn vị y tế dự phòng trong phát hiện, giám sát và trao đổi thông tin;
- Nâng cao hiệu quả và chất lượng hoạt động của hệ thống (hoạt động giám sát, hoạt động xét nghiệm);
- Nâng cao kiến thức, thực hành giám sát BTN của cán bộ giám sát.

** Các biện pháp can thiệp:*

- Tổ chức hội nghị, lớp tập huấn chuyên môn kỹ thuật, chuyển giao công nghệ về các nội dung liên quan đến hoạt động giám sát BTN, về quản lý cho cán bộ thuộc hệ thống;
- Cung cấp tài liệu văn bản pháp luật liên quan đến giám sát BTN; cung cấp test nhanh, sinh phẩm cho các Phòng Xét nghiệm;
- Thành lập tổ/cán bộ chuyên trách thống kê bệnh truyền nhiễm; phân định nhiệm vụ cụ thể cho từng đơn vị trong hệ thống để cải thiện hoạt động và

tiền độ phát hiện trường hợp bệnh và tổ chức báo cáo đúng thời hạn cũng như tổ chức đáp ứng kịp thời và hiệu quả;

- củng cố và hoàn thiện các đội cơ động trong hệ thống;
- củng cố và gia tăng sự phối hợp giữa các đơn vị giám sát và sự tham gia của tất cả các đơn vị trên địa bàn quận (TTYT, các TYT, các bệnh viện và PKĐK);
- Khắc phục một số tồn tại khác về chất lượng hoạt động của hệ thống.

Những biện pháp can thiệp được lựa chọn dựa trên những quy định cơ bản của Bộ Y tế về GSBTN, cụ thể là Thông tư số 48/2012/BYT về chế độ khai báo, thông tin, báo cáo bệnh truyền nhiễm và Thông tư số 13/2013/BYT về Hướng dẫn giám sát bệnh truyền nhiễm và một số biện pháp mang tính phù hợp cụ thể với điều kiện của Hà Nội cũng được đưa vào để thực hiện với mục tiêu gia tăng năng lực của hệ thống trong phát hiện sớm, đáp ứng kịp thời với bệnh dịch.

2.2.6 Tổ chức triển khai can thiệp

** Kế hoạch và thời gian thực hiện:*

- Tổ chức hội nghị triển khai các biện pháp can thiệp: trong tháng 9/2012;
- Tập huấn chuyên môn kỹ thuật, chuyển giao công nghệ: trong tháng 9/2012;
- Trang bị test nhanh, sinh phẩm xét nghiệm: trong tháng 9/2012;
- Tổ chức thực hiện can thiệp: từ tháng 9/2012 - 8/2013;
- Đánh giá hiệu quả can thiệp: tháng 9/2013.

** Các thành phần tham gia:*

- Trung tâm Y tế dự phòng Hà Nội;
- Trung tâm Y tế quận Đống Đa;
- Trạm Y tế của 21 phường trong quận;
- 03 Bệnh viện đa khoa tư nhân;

- 10 PKĐK trên địa bàn quận Đống Đa;
- Tổ trưởng tổ dân phố, các ban ngành đoàn thể tại cơ sở, mạng lưới cộng tác viên của các phường.

** Thành lập tổ/cán bộ chuyên trách thống kê bệnh truyền nhiễm:*

- Trung tâm Y tế quận Đống Đa thành lập tổ chuyên trách thuộc gồm 02 cán bộ, thực hiện các nhiệm vụ:

- + Ghi nhận thông tin dịch bệnh từ các tuyến, thống kê danh sách trường hợp bệnh, số liệu bệnh truyền nhiễm trên địa bàn quận huyện;

- + Theo dõi, phân tích dịch tễ học, nhận định tình hình dịch và đề xuất các giải pháp can thiệp phòng, chống dịch tại địa phương;

- + Đề xuất lên Lãnh đạo Trung tâm Y tế quận cử đội cơ động đi điều tra trường hợp bệnh/ổ dịch khi cần thiết, đồng thời báo cáo lên Trung tâm Y tế dự phòng Thành phố;

- + Làm báo cáo định kỳ, làm báo cáo nhanh và đột xuất khi cần lên tuyến trên (Sử dụng các phần mềm hỗ trợ giám sát, phân tích dịch tễ học như: Epidata, ArcGis...)

- Trạm Y tế phường phân công 1 cán bộ chuyên trách thực hiện các nhiệm vụ:

- + Ghi nhận thông tin trường hợp bệnh trên địa bàn, báo cáo lên tuyến trên ngay khi phát hiện trường hợp bệnh/ổ dịch trên địa bàn;

- + Điều tra ban đầu khi phát hiện trường hợp bệnh/ổ dịch;

- + Làm báo cáo định kỳ lên tuyến trên.

- Các Bệnh viện và PKĐK mỗi đơn vị phân công 1 cán bộ thực hiện các nhiệm vụ:

- + Khi có trường hợp bệnh phù hợp định nghĩa trường hợp bệnh giám sát đến khám hoặc điều trị tại bệnh viện thông báo ngay cho tổ thống kê của hệ dự phòng theo tuyến phân cấp;

- Làm báo cáo tình hình bệnh truyền nhiễm theo Thông tư 48/2010/TT-BYT của Bộ Y tế.

** Nội dung thực hiện:*

- Khảo sát, đánh giá thực trạng hoạt động của HTGSBTN quận Đống Đa: Thực hiện khảo sát, đánh giá thực trạng HTGSBTN của quận Đống Đa, cụ thể đối với Trung tâm Y tế quận, 21 Trạm Y tế phường, các bệnh viện, phòng khám đa khoa tư nhân, cùng một số đơn vị khác có tham gia vào HTGSBTN trên địa bàn quận.

- Khảo sát kiến thức, thực hành của các cán bộ giám sát bệnh truyền nhiễm về các nội dung liên quan đến qui trình giám sát BTN và qui trình điều tra vụ dịch, trường hợp bệnh, định nghĩa trường hợp bệnh, thời gian và nội dung thực hiện báo cáo giám sát, các chỉ số có thể và cần thiết phải phân tích, phản hồi và trao đổi thông tin, đào tạo, tập huấn và giám sát hỗ trợ (*Mẫu phiếu phỏng vấn số 8-11: Phụ lục 2*).

Năng lực thực hành với một số BTN nguy hiểm của cán bộ trong HTGS được đánh giá qua các bài tập tình huống (*Mục C trong phiếu phỏng vấn số 8-11: Phụ lục 2*).

- Phỏng vấn sâu các đối tượng nghiên cứu theo phiếu điều tra được thiết kế sẵn (*Phiếu phỏng vấn về hoạt động của hệ thống: Phụ lục 3*);

- Triển khai các biện pháp can thiệp:

Bước 1. Tập hợp và thích ứng quy trình giám sát SXHD và trường hợp nghi tả (Theo Quyết định số 1499/QĐ-BYT ngày 17/5/2011 của Bộ Y tế về việc ban hành “Hướng dẫn giám sát và phòng chống bệnh sốt xuất huyết Dengue”, Quyết định số 1640/QĐ-BYT ngày 14/5/2010 của Bộ Y tế về việc ban hành “Hướng dẫn xử lý ổ dịch tả”) với mục tiêu phát hiện sớm, đáp ứng nhanh, phân định nhiệm vụ và vai trò của từng tuyến, từng đơn vị trong địa bàn.

Bước 2. Tổ chức hội thảo cho các đơn vị thuộc hệ thống giám sát tại quận Đống Đa nhằm thảo luận, thống nhất quy trình giám sát và kế hoạch triển

khai quy trình giám sát theo Thông tư số 48/2010/TT-BYT ngày 31/10/2010 của Bộ Y tế về việc ban hành “Hướng dẫn chế độ khai báo, thông tin, báo cáo bệnh truyền nhiễm”. Tập huấn chuyên môn kỹ thuật (nội dung cơ bản về giám sát SXHD và trường hợp nghi tả như xây dựng định nghĩa trường hợp bệnh, xác định ngưỡng dịch, ngưỡng cảnh báo dịch, xây dựng chỉ số giám sát, luồng thông tin, báo cáo, phần mềm quản lý thông tin; kỹ năng phát hiện, xử trí trường hợp bệnh, quy trình ghi nhận, điều tra, báo cáo số liệu giám sát, quy trình phân tích và phản hồi thông tin, kỹ năng giám sát và hỗ trợ tuyến dưới...); chuyển giao công nghệ xét nghiệm nhanh tác nhân gây bệnh.

Bước 3. Triển khai các quy trình giám sát SXHD và trường hợp nghi tả trong cộng đồng gồm các nội dung:

Quy định luồng thông tin giám sát phát hiện sớm:

- ✓ Tổ trưởng tổ dân phố, các ban ngành đoàn thể của phường, cộng tác viên thông báo bằng điện thoại cho TYT phường khi phát hiện các trường hợp nghi SXHD và tả tại cộng đồng.
- ✓ Trạm Y tế phường lập tức tiến hành điều tra xác minh, báo cáo trực tiếp hoặc báo cáo bằng điện thoại cho TTYT quận khi phát hiện trường hợp nghi ngờ hoặc khi nhận được thông báo từ cộng đồng.
- ✓ Trung tâm Y tế quận lập tức tiến hành điều tra, lấy mẫu xét nghiệm, đồng thời báo cáo Trung tâm Y tế dự phòng thành phố bằng điện thoại/fax/email khi phát hiện trường hợp nghi ngờ hoặc nhận được thông báo từ TYT, y tế cơ quan, xí nghiệp và trường học, bệnh viện, TTYTDP thành phố hoặc từ các nguồn khác.

Thực hiện giám sát trọng điểm, chủ động:

- ✓ Trung tâm Y tế quận: giám sát các BVĐK tư nhân đóng trên địa bàn, PKĐK quận. Tần suất thu thập thông tin tại bệnh viện, PKĐK ít nhất 3 lần/tuần, khi có dịch giám sát thu thập thông tin hàng ngày. Khi có

trường hợp bệnh nghi ngờ hoặc xác định SXHD và tử, cán bộ giám sát tiến hành điều tra dịch tễ sơ bộ ngay tại bệnh viện, PKĐK.

- ✓ Trạm y tế phường giám sát thường xuyên các phòng khám chuyên khoa tư nhân trên địa bàn, giám sát tình hình BTN tại cộng đồng qua mạng lưới cộng tác viên, Tổ trưởng tổ dân phố...

Thống nhất quy trình xét nghiệm:

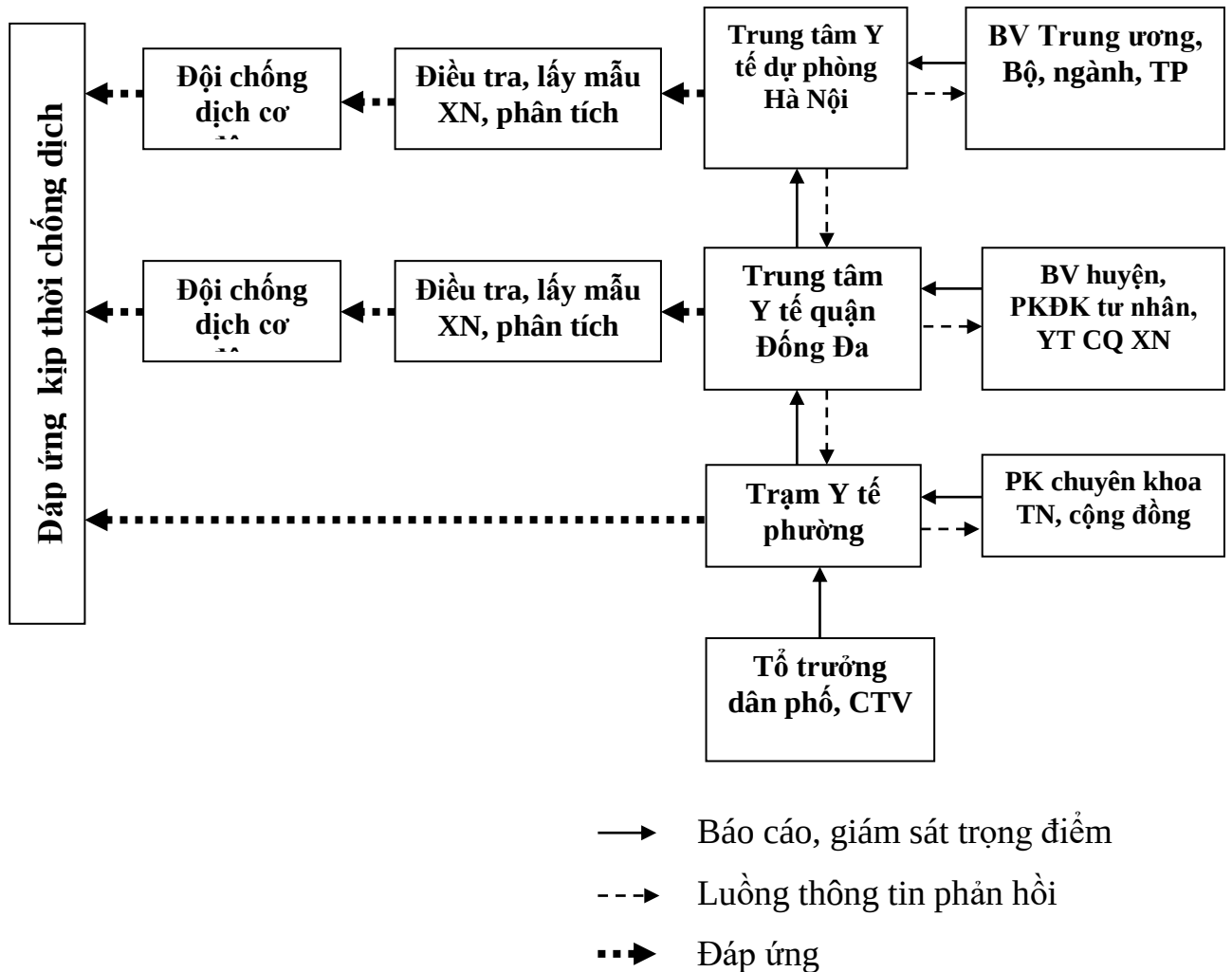
Khi nhận được thông tin về trường hợp bệnh, TTYT quận tiến hành điều tra xác định thông tin ngay trong vòng 24 giờ bao gồm điều tra dịch tễ và lấy mẫu bệnh phẩm, triển khai các test nhanh để chẩn đoán sớm tại cộng đồng hoặc bảo quản và chuyển nhanh mẫu bệnh phẩm về phòng xét nghiệm để chẩn đoán sớm trường hợp bệnh bằng các xét nghiệm nhanh, phát hiện sớm người mang mầm bệnh trong cộng đồng. TTYTDP Hà Nội thực hiện các xét nghiệm MAC-ELISA, PCR đối với SXHD và nuôi cấy, phân lập vi khuẩn đối với tử.

Thành lập và tổ chức hoạt động của đội cơ động chống dịch:

- Thành lập 02 đội cơ động chống dịch thuộc Trung tâm Y tế quận, thành phần gồm:

- + Cán bộ dịch tễ: 01- 02 người
- + Cán bộ xét nghiệm: 01 người
- + Cán bộ xử lý môi trường: 01 người
- + Cán bộ côn trùng, ba diệt: 01 người
- + Cán bộ hành chính, hậu cần, lái xe

- Trang bị cho đội cơ động: Chủ yếu là xe máy và đầy đủ cơ sở hóa chất, thuốc, máy định vị GPS và các phương tiện phòng hộ cá nhân.



Sơ đồ 2.1 Hệ thống phối kết hợp phát hiện sớm, đáp ứng kịp thời với dịch bệnh SXHD và trường hợp nghi tả tại quận Đống Đa, Hà Nội

- Phương thức hoạt động của đội cơ động: Dưới sự chỉ đạo của Giám đốc Trung tâm, có thể hoạt động độc lập, hoặc phối hợp với lực lượng của địa phương khi cần. Cơ động tới các địa điểm có thông báo ca bệnh, vụ dịch tiến hành điều nhanh, không chể ỏ dịch vào giai đoạn đầu tiên.

- Chức năng, nhiệm vụ của đội cơ động:

✓ Điều tra nhanh xác định về tình hình diễn biến dịch bao gồm:

+ Tình hình bệnh nhân, người tiếp xúc;

+ Các mối liên quan về nguồn lây;

- + *Tiền sử dịch tễ;*
- + *Tìm hiểu phương thức lây truyền (bao gồm cả điều tra côn trùng)*
- + *Xây dựng bản đồ, biểu đồ diễn biến quá trình dịch (nếu có thể).*
- ✓ Tổ chức lấy mẫu bệnh phẩm: ở bệnh nhân, người tiếp xúc và môi trường.
- ✓ Đề xuất những biện pháp phòng chống dịch kịp thời bao gồm: tổ chức cách ly điều trị bệnh nhân và người tiếp xúc, xử lý môi trường bị ô nhiễm, trực tiếp tham gia xử lý ổ dịch.

Triển khai quy trình đáp ứng:

- Trạm Y tế phường: khi nhận được thông tin về trường hợp bệnh/ổ dịch phải tiến hành điều tra ngay tại cộng đồng các thông tin về địa chỉ trường hợp bệnh/ổ dịch, thời gian xảy ra và số trường hợp bệnh/tử vong trên địa bàn.
- Đội cơ động chống dịch của Trung tâm Y tế quận: đáp ứng chống dịch trong tất cả các trường hợp khi phát hiện trường hợp bệnh, ổ dịch tại địa phương.
- Đội cơ động chống dịch thành phố: hỗ trợ quận khi có trường hợp bệnh/ổ dịch tả và khi có ổ dịch SXHD.
- Thời gian đáp ứng: trong vòng 24 giờ sau khi nhận được thông tin về ca bệnh/ổ dịch tả và trong vòng 48 giờ sau khi nhận được thông tin về ca bệnh/ổ dịch SXHD.

2.2.7 Phương pháp thu thập số liệu và các biến số, chỉ số nghiên cứu

Phương pháp thu thập số liệu:

- Quan sát theo Bảng kiểm và khảo sát, đánh giá hoạt động của Trung tâm Y tế quận Đống Đa, các Trạm Y tế phường và đơn vị y tế tư nhân thuộc Quận trước và sau can thiệp.

- Phỏng vấn kiến thức và thái độ của các cán bộ trực tiếp tham gia vào công tác giám sát dịch, chống dịch tại các tuyến (*Phiếu phỏng vấn số 8-11: Phụ lục 2*).

- Phỏng vấn sâu/thảo luận nhóm với các đối tượng nghiên cứu (*Mẫu phỏng vấn sâu PVS3-4: Phụ lục 3*)

- Phân tích số liệu theo dõi kết quả thực hiện các hoạt động giám sát trước và sau can thiệp.

- Hội thảo giữa các bên liên quan để đánh giá tính khả thi của hệ thống.
Các nhóm biến số và chỉ số đánh giá kết quả can thiệp:

- Nhóm biến số gồm các chỉ số đo lường kết quả triển khai can thiệp:

+ Tổng số trường hợp bệnh sốt xuất huyết và trường hợp nghi ngờ tả được phát hiện.

+ Tỷ lệ trường hợp bệnh được phát hiện và báo cáo.

- Nhóm biến số về tính kịp thời của việc phát hiện sớm, đáp ứng nhanh:

+ Thời gian phát hiện trung bình đối với mỗi bệnh kể từ khi phát bệnh đến khi phát hiện.

+ Thời gian trung bình kể từ khi phát hiện đến khi điều tra.

+ Thời gian trung bình kể từ khi phát hiện đến khi báo cáo.

+ Thời gian trung bình kể từ khi phát hiện đến khi tiến hành các biện pháp phòng chống dịch.

+ Tính đúng hạn của các báo cáo dịch

- Nhóm biến số gồm các chỉ số đánh giá hiệu quả cải thiện chất lượng hoạt động giám sát SXHD và trường hợp nghi tả:

+ Độ nhạy: Tỷ lệ % số trường hợp bệnh được hệ thống phát hiện, khẳng định bằng kết quả xét nghiệm dương tính và báo cáo trên tổng số các trường hợp bệnh được hệ thống phát hiện trên thực tế;

+ Giá trị chẩn đoán dương tính (PPV: Positiv Predictive Value): Số trường

hợp được hệ thống xác định có bệnh và có kết quả xét nghiệm dương tính trên tổng số các trường hợp có kết quả xét nghiệm dương tính.

- + Tính đầy đủ của các báo cáo giám sát
- + Tính đúng hạn các báo cáo giám sát
- + Chất lượng số liệu báo cáo của các đơn vị ở các tuyến
- + Mức độ cải thiện về khả năng phân tích xử lý số liệu và phản hồi thông tin của hệ thống
- Nhóm biến số đo lường tính khả thi của hệ thống:
 - + Khả năng chấp nhận của các đơn vị tham gia
 - + Tính phù hợp và tính bền vững của hệ thống giám sát BTN
- Nhóm biến số về hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức, thực hành của cán bộ giám sát trong hệ thống:
 - + Tỷ lệ cán bộ giám sát biết về các nội dung và định nghĩa cơ bản của giám sát BTN
 - + Tỷ lệ cán bộ giám sát có thực hành đúng về giám sát BTN

2.3 Phương pháp phân tích số liệu

- Xây dựng hệ thống nhập và quản lý số liệu đáp ứng mục tiêu nghiên cứu, bảo mật thông tin, đảm bảo chất lượng số liệu, lưu giữ và phân tích cơ sở dữ liệu của nghiên cứu.

- Số liệu thu thập được nhập bằng phần mềm EpiData 3.1 và phân tích theo phần mềm SPSS 16.0. Các cuộc phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm được gỡ băng và phân tích theo chủ đề và trình bày kết quả dựa trên kỹ thuật nghiên cứu định tính.

- Các số liệu mô tả được trình bày bằng các giá trị số tuyệt đối, giá trị trung bình, khoảng tin cậy 95%, tỷ số và tỷ lệ % sự xuất hiện các sự kiện sức khỏe. Kiểm định thống kê “ χ^2 ” bình phương, t-test được sử dụng trong các phép tính so sánh khi phân tích số liệu và xác định hiệu quả can thiệp.

- Chỉ số hiệu quả (CSHQ): Do nghiên cứu không sử dụng nhóm chứng nên chỉ có thể so sánh trước và sau can thiệp và không đánh giá được chỉ số hiệu quả can thiệp, nghiên cứu chỉ sử dụng CSHQ để đánh giá mức độ cải thiện sau can thiệp:

$$\text{CSHQ (\%)} = \frac{\text{Kết quả hoạt động sau can thiệp} - \text{Kết quả hoạt động trước can thiệp}}{\text{Kết quả hoạt động trước can thiệp}} \times 100$$

- Đối với nghiên cứu định tính: Phân tích thông tin đã mã hoá, xác định những vấn đề chung. Thông tin từ những cuộc phỏng vấn sâu riêng lẻ và thảo luận nhóm cũng như giữa các hoạt động khác nhau được đối chiếu, hỗ trợ cho kết quả phân tích số liệu và giá trị của các phát hiện.

2.4 Khống chế sai số nghiên cứu

- Chọn mẫu đơn vị nghiên cứu có chủ đích với tiêu chí phù hợp với mục tiêu nghiên cứu và cách chọn mẫu *toàn bộ* các đơn vị có liên quan, kết hợp với cách chọn ngẫu nhiên (chọn Trạm Y tế) trong hệ thống GSBTN, có thể đảm bảo tính hệ thống chặt chẽ từ thành phố đến cơ sở vừa đảm bảo tính đại diện.

- Chọn chủ đích các đối tượng tham gia trong nghiên cứu là những người trực tiếp tham gia vào hệ thống giám sát dịch bao gồm cả cán bộ lãnh đạo, quản lý và cán bộ chuyên môn, kỹ thuật (thống kê giám sát, xét nghiệm) giúp phản ánh đầy đủ và đúng cả hoạt động chỉ đạo điều hành và hoạt động chuyên môn, kỹ thuật của hệ thống giám sát.

- Sử dụng bộ câu hỏi điều tra thực trạng, bộ câu hỏi phỏng vấn KAP, nội dung phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm có thiết kế rõ ràng, dễ hiểu, tránh sự hiểu nhầm. Những công cụ này đã được thử nghiệm (điều tra thử) trên cơ sở đó hiệu chỉnh để đảm bảo tính khả thi và giúp thu thập số liệu chính xác.

- Chọn các giám sát viên, điều tra viên là những người có kinh nghiệm, có tinh thần trách nhiệm, có kỹ năng trong giám sát, điều tra và là những người trực tiếp tham gia công tác phòng chống dịch.

- Số liệu điều tra được nhập liệu bởi 2 nhân viên thống kê độc lập nhau và được làm sạch trước khi đưa vào phân tích.

2.5 Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu được thực hiện trên cơ sở đề tài nghiên cứu khoa học cấp Thành phố mà chúng tôi đã tham gia và được Chủ nhiệm đề tài đồng ý cho sử dụng số liệu nghiên cứu làm luận án tiến sỹ. Đề tài đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương chấp thuận về khía cạnh khoa học và đạo đức trong nghiên cứu.

- Đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích rõ ràng, đầy đủ về nội dung, mục đích nghiên cứu và có quyền đồng ý hoặc không đồng ý tham gia.

- Thông tin thu thập được chỉ dùng vào mục đích nghiên cứu và không gây bất cứ ảnh hưởng không tốt nào đến người trả lời và đơn vị được điều tra.

- Kết quả nghiên cứu được phản hồi cho những đơn vị tham gia nghiên cứu nhằm góp phần cải thiện chất lượng các hoạt động giám sát, đề xuất các khuyến nghị về hoạt động đào tạo, ban hành các hướng dẫn, quy định và những biện pháp cần thiết để cải thiện hoạt động giám sát và phòng chống dịch bệnh.

2.6 Hạn chế của nghiên cứu

- Nghiên cứu thực trạng hệ thống giám sát được thực hiện sau 1 năm triển khai thực hiện theo Thông tư số 48/2010/TT-BYT ngày 31/12/2010 của Bộ Y tế có hiệu lực từ 01/01/2011, việc khảo sát tiến hành trên cơ sở số liệu thống kê ca bệnh, vụ dịch và việc khai báo, thông tin, báo cáo dịch của năm 2011-2012 nên có thể chưa thấy rõ được tác động của việc áp dụng Thông tư số 48/2010/TT-BYT.

- Nghiên cứu can thiệp được triển khai tại quận Đống Đa thông qua đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp nâng cao khả năng phát hiện sớm, đáp ứng kịp thời đối với sốt xuất huyết Dengue và tả, tuy nhiên trong

thời gian tiến hành nghiên cứu can thiệp trên địa bàn thành phố Hà Nội không xuất hiện dịch tả, tại quận Đống Đa ghi nhận các ca bệnh nghi tả nhưng không có trường hợp nào Dương tính với tả. Do vậy hiệu quả can thiệp đối với bệnh tả chỉ có thể phân tích so sánh với quy định trên lý thuyết.

- Thiết kế nghiên cứu can thiệp tại cộng đồng không có nhóm đối chứng, đánh giá hiệu quả can thiệp bằng so sánh kết quả trước và sau can thiệp (so sánh dọc) nên phần nào hạn chế so với nghiên cứu can thiệp tại cộng đồng có nhóm đối chứng.

CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Thực trạng hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm của Hà Nội

3.1.1 Cấu trúc hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm của Hà Nội

3.1.1.1 Tình hình áp dụng các văn bản hướng dẫn giám sát bệnh truyền nhiễm

Tại thời điểm thực hiện nghiên cứu, hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm được tổ chức, triển khai thực hiện theo Thông tư số 48/2010/TT-BYT ngày 31/12/2010 của Bộ Y tế [19]. Tại Hà Nội, Sở Y tế Hà Nội đã có công văn số 523/NVY-SYT ngày 13/6/2011 hướng dẫn cụ thể việc thực hiện Thông tư số 48/2010/TT-BYT.

Bảng 3.1 Tính sẵn có của các văn bản hướng dẫn giám sát BTN

Tài liệu/quy định	TTYT(n=29)		TYT(n=115)		BV và PKĐK (n=63)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Luật phòng chống bệnh truyền nhiễm	29	100	59	51,3	17	26,9
Thông tư 48/2010/TT-BYT về hướng dẫn chế độ khai báo, thông tin, báo cáo BTN	29	100	78	67,8	29	46,0
CV số 523/NVY-SYT ngày 13/6/2011 của SYT HN về thực hiện báo cáo tình hình bệnh nhân mắc bệnh dịch	15	51,7	12	10,4	19	30,2
Các tài liệu liên quan khác	0	0	7	6,1	0	0

Chú thích: SL- Số lượng

Kết quả khảo sát cho thấy tại tuyến quận, huyện, 100% các TTYT đều có tài liệu Luật phòng chống BTN và Thông tư 48 của Bộ Y tế. Tỷ lệ này giảm ở các TYT (51,3% và 67,8%) và thấp nhất là ở các bệnh viện và PKĐK tư nhân (26,9% và 46%). Riêng công văn số 523/NVY-SYT của Sở Y tế Hà Nội hướng dẫn thực hiện Thông tư 48/2010/TT-BYT chỉ có ở 51,7% TTYT, 10,4% TYT và 30,2% bệnh viện và PKĐK tư nhân (Bảng 3.1).

3.1.1.2 Cấu trúc tổ chức hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm của Hà Nội

Hệ thống giám sát BTN Hà Nội bao gồm các đơn vị YTDP là các đơn vị có vai trò chính trong tổ chức giám sát BTN, và các đơn vị khám chữa bệnh

là các đơn vị phối hợp. Hệ thống GSBTN bao gồm 3 tuyến: tuyến thành phố, tuyến quận, huyện và tuyến xã, phường. Trung tâm Y tế dự phòng Hà Nội, cụ thể là Khoa Kiểm soát bệnh truyền nhiễm và vắc xin sinh phẩm (KSBTN&VXSP), chịu trách nhiệm chỉ đạo chuyên môn nghiệp vụ trong việc tổ chức HTGSBTN. Khoa KSBTN&VXSP có tổng số 21 bác sỹ thực hiện giám sát BTN tại các bệnh viện của Thành phố và bệnh viện Trung ương/Bộ, ngành đóng trên địa bàn Hà Nội, Khoa KSBTN&VXSP có một tổ thống kê gồm 6 cán bộ y tế làm nhiệm vụ thống kê, phân tích số liệu giám sát bệnh truyền nhiễm toàn thành phố (Bảng 3.2).

Bảng 3.2 Thành phần, cấu trúc các đơn vị giám sát các tuyến của Hà Nội

Khoa/phòng chịu trách nhiệm chính trong HTGS BTN	TTYTDP (n=1)	TTYT (n=29)	TYT (n=115)
Khoa KSBTN & VXSP hoặc Khoa KSDB & HIV/AIDS	1	27	
Khoa Y tế công cộng		2	
Khoa Xét nghiệm	1	29	
Cán bộ chuyên trách	21	29	41
Cán bộ hỗ trợ thống kê, báo cáo	6	29	
Cán bộ chuyên lấy mẫu xét nghiệm		29	
Cán bộ kiêm nhiệm			74

Trong số 29 TTYT quận, huyện, 27 đơn vị đã phân công Khoa Kiểm soát dịch bệnh (KSDB) và HIV/AIDS chịu trách nhiệm tổ chức giám sát BTN, 2 TTYT còn lại phân công trách nhiệm này cho khoa Y tế công cộng. Tại mỗi TTYT quận, huyện đều có 01 cán bộ chuyên trách giám sát phòng chống dịch, một cán bộ hỗ trợ trong công tác thống kê báo cáo dịch và 01 cán bộ thuộc khoa Xét nghiệm chuyên lấy mẫu bệnh phẩm xét nghiệm BTN..

41 TYT bố trí cán bộ chuyên trách phòng chống dịch (35,6%); 74 TYT cán bộ kiêm nhiệm, trong đó: 72 TYT (62,6%) phân công nhân viên kiêm nhiệm, 02 (1,7%) TYT Trạm trưởng kiêm cán bộ giám sát (Bảng 3.2).

3.1.1.3 Thực trạng nhân lực tại các đơn vị của hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm Hà Nội

Bảng 3.3 Tình hình nhân lực của Trung tâm Y tế dự phòng Hà Nội

Khoa, phòng	Tổng số	Trình độ chuyên môn											
		Tiến sỹ	Thạc sỹ	CK I	Bác sỹ	DS đại học	Cử nhân	ĐH khác	Y sỹ	ĐD	CĐ	DS TH	Khác
Ban giám đốc	6	3		3									
Kiểm soát bệnh truyền nhiễm & vắc xin sinh phẩm	34		7	5	8		1	1	5	5		1	1
Sốt rét	24		3	1			1	6	3	8		1	1
Sức khỏe cộng đồng	16		3		3		4	3	1	1		1	
Nội tiết – Dinh dưỡng	27				8		2	5	4	4	1	3	
Xét nghiệm	27	1	2		2	1	1	11		2	1	4	2
Tổ chức – Hành chính	31						1	9				3	18
Kế hoạch – Tài chính	8			1				4			1		2
Cộng	173	4	15	10	21	1	10	39	13	20	3	13	24
Tỷ lệ (%)	100	2,3	8,7	5,8	12,1	0,6	5,8	22,5	7,5	11,6	1,7	7,5	13,9

Ghi chú: CK-Chuyên khoa; DS-Dược sỹ; DH-Đại học; DD-Điều dưỡng; CĐ Cao đẳng; DSTH-Dược sỹ trung học

Trong năm 2012, TTYTDP Hà Nội có tổng số 173 cán bộ trong biên chế, trong đó số cán bộ có trình độ bác sỹ và trình độ sau đại học là 50, chiếm tỷ lệ 28,9%. Riêng tại Khoa KSBTN&VXSP và Khoa Xét nghiệm là 2 đơn vị trực tiếp thực hiện giám sát BTN, trong tổng số 61 cán bộ, có 25 (41%) người có trình độ bác sỹ và/hoặc sau đại học, 11 (18%) người có trình độ cử nhân hoặc dược sỹ, số còn lại có trình độ y sỹ, điều dưỡng, cao đẳng hoặc các trình độ khác (Bảng 3.3).

Bảng 3.4 Tình hình nhân lực của các TTYT quận, huyện (n=29)

TT	Quận, huyện	Dân số [52]	Tổng số cán bộ	Số bác sỹ	Tỷ lệ	Số KTV XN	Tỷ lệ	Nhân lực trực tiếp GS, chống dịch	Tỷ lệ
1	Hoàn Kiếm	150.700	54	10	19%	5	9%	9	17%
2	Hai Bà Trưng	311.200	54	12	22%	3	6%	8	15%
3	Ba Đình	237.600	59	10	17%	4	7%	9	15%
4	Đống Đa	387.800	78	12	15%	4	5%	26	33%
5	Tây Hồ	143.300	67	14	21%	4	6%	7	10%
6	Thanh Xuân	252.400	51	14	27%	5	10%	10	20%
7	Cầu Giấy	242.500	44	10	23%	1	2%	8	18%
8	Long Biên	253.900	78	9	12%	4	5%	16	21%
9	Hoàng Mai	352.800	55	6	11%	1	2%	9	16%
10	Từ Liêm	463.100	76	17	22%	4	5%	17	22%
11	Thanh Trì	211.600	64	9	14%	5	8%	9	14%
12	Gia Lâm	244.000	60	10	17%	3	5%	13	22%
13	Đông Anh	359.500	71	12	17%	3	4%	10	14%
14	Sóc Sơn	299.600	81	11	14%	6	7%	13	16%
15	Mê Linh	201.900	55	8	15%	3	5%	9	16%
16	Hà Đông	252.800	67	9	13%	5	7%	12	18%
17	Quốc Oai	167.700	51	5	10%	3	6%	10	20%
18	Thường Tín	228.700	51	6	12%	3	6%	9	18%
19	Mỹ Đức	176.700	50	6	12%	1	2%	9	18%
20	Phú Xuyên	184.000	56	10	18%	4	7%	10	18%
21	Thanh Oai	176.900	53	4	8%	2	4%	13	25%
22	Ứng Hòa	186.300	67	9	13%	3	4%	12	18%
23	Chương Mỹ	299.400	42	14	33%	3	7%	10	24%
24	Sơn Tây	130.900	63	8	13%	3	5%	11	17%
25	Đan Phượng	146.400	55	7	13%	4	7%	11	20%
26	Hoài Đức	201.100	52	10	19%	3	6%	9	17%
27	Thạch Thất	184.900	54	7	13%	2	4%	9	17%
28	Ba Vì	256.800	51	9	18%	5	10%	10	20%
29	Phúc Thọ	165.700	55	6	11%	4	7%	9	16%
Tổng cộng		6.870.200	1.714	274	16%	100	6%	317	18%

Chú thích: KTVXN - Kỹ thuật viên xét nghiệm; GS-Giám sát

100% (29/29) các TTYT quận, huyện có số lượng cán bộ đạt đủ chỉ tiêu theo quy định của Thông tư liên tịch số 08/2007/TTLT-BYT-BNV. Tuy nhiên số bác sỹ chỉ chiếm 16% và số cán bộ tham gia trực tiếp phòng chống dịch chiếm 18% tổng số cán bộ (Bảng 3.4).

Tại tuyến xã, phường trung bình mỗi TYT có 7,5 cán bộ, TYT có nhiều cán bộ nhất là 11 người và ít cán bộ nhất là 5 người.

Bảng 3.5 Trình độ chuyên môn của cán bộ Trạm Y tế xã, phường (n=115)

Trình độ cán bộ	Số lượng	Tỷ lệ (%) trên tổng số CBYT	Tỷ lệ (%) tính theo tổng số TYT (n=115)
Bác sỹ	97	20,6	84,3
Cử nhân Y tế công cộng	13	2,8	11,3
Y sỹ	112	23,7	97,4
Điều dưỡng trung học	98	20,8	85,2
Hộ sinh	87	18,4	75,7
Kỹ thuật viên	2	0,4	1,7
Dược tá	58	12,3	50,43
Khác	5	1,0	4,3
Tổng	472	100	

Trong 115 TYT được khảo sát, nếu tính trên tổng số CBYT thì cán bộ có trình độ y sỹ chiếm tỷ lệ cao nhất (97,4%), tiếp đó là điều dưỡng trung học (85,2%), bác sỹ (84,3%), nhân viên hộ sinh (75,7%) và dược tá (50,4%); nếu tính theo tổng số TYT, các tỷ lệ này lần lượt là 23,7%, 20,8%, 20,6%, 18,4% và 12,3% (Bảng 3.5)

3.1.1.4 Thực trạng phối hợp giữa các đơn vị trong giám sát bệnh truyền nhiễm

Bảng 3.6 Tình hình phối hợp với các đơn vị khác của Trung tâm Y tế và Trạm Y tế trong giám sát bệnh truyền nhiễm

Các thành phần phối hợp	Số TTYT có phối hợp (n=29)	Số TYT có phối hợp (n=115)	Tỷ lệ TYT có phối hợp
Trạm Y tế xã, phường	29		
Bệnh viện công thành phố	24		
Bệnh viện tư nhân	6		
Phòng khám đa khoa tư nhân	18	51	44,3
Y tế cơ quan, trường học	22		
Thú y	22	67	58,3
Mạng lưới xét nghiệm	12		
Y tế thôn bản		81	70,4
Cộng tác viên		96	83,5
Khác	1	57	49,6

Tất cả 29 TTYT đều phối hợp với TYT, số TTYT có phối hợp với các bệnh viện công là 24/29, với các đơn vị y tế trường học, cơ quan và các đơn vị thú y là 22/29, với các PKĐK tư nhân là 18/29. Chỉ có 12/29 TTYT có phối hợp với các cơ sở xét nghiệm và 6 TTYT có phối hợp với các bệnh viện tư nhân trên địa bàn.

Các TYT chủ yếu phối hợp giám sát BTN với lực lượng Y tế thôn bản (70,4%) và cộng tác viên (83,5%). Có 58,3% TYT phối hợp với các đơn vị thú y, 44,3% phối hợp với các PKĐK tư nhân và 49,6% phối hợp với các Ban, ngành, đoàn thể khác tại địa phương (Bảng 3.6).

Bảng 3.7 Tình hình phối hợp giữa các bệnh viện, phòng khám đa khoa với hệ dự phòng trong giám sát bệnh truyền nhiễm (n=63)

Đơn vị phối hợp GSBTN	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương	3	4,8
Trung tâm Y tế dự phòng Hà Nội	12	19,0
Trung tâm Y tế quận, huyện	41	65,1
Mạng lưới xét nghiệm	3	4,8
Các đơn vị Thú y	0	0

Trong tổng số 63 bệnh viện, PKĐK được khảo sát, có 65,1% đơn vị phối hợp với các TTYT quận, huyện, 19% đơn vị phối hợp với TTYTDP Hà Nội trong các hoạt động giám sát BTN. Chỉ có 4,8% đơn vị phối hợp trực tiếp với Viện Vệ sinh dịch tễ TƯ và 4,8% phối hợp các cơ sở xét nghiệm.

Bảng 3.8 Tình hình tổ chức họp thường kỳ với các đơn vị phối hợp của TTYT quận, huyện (n=29)

Đơn vị	Hàng tháng	Tỷ lệ (%)	Hàng quý	Tỷ lệ (%)	Khi có yêu cầu	Tỷ lệ (%)	Không họp	Tỷ lệ (%)
BV thành phố	1	3,4	1	3,4	7	24,1	20	69,0
BV huyện	7	24,1	4	13,8	7	24,1	11	37,9
BV tư nhân	0	0	1	3,4	2	6,9	26	89,7
PKĐK tư nhân	2	6,9	2	6,9	3	10,3	22	75,9
Trạm Y tế	26	89,7	3	10,3	0	0	0	0
Mạng lưới xét nghiệm	7	24,1	2	6,9	3	10,3	17	58,6
Thú y	5	17,2	7	24,1	7	24,1	10	35,5

Các TTYT chủ yếu tổ chức họp định kỳ hàng tháng với TYT (26/29), chỉ khoảng 1/3 TTYT họp hàng tháng với các bệnh viện, chủ yếu với bệnh viện huyện. 26/29 TTYT không tổ chức họp giao ban với BV tư nhân (89,7%), 22/29 TTYT không tổ chức họp giao ban với PKĐK tư nhân (75,9%) (Bảng 3.8).

Bảng 3.9 Tình hình tổ chức họp thường kỳ với các đơn vị phối hợp của Trạm Y tế xã, phường (n=115)

Đơn vị	Hàng tháng	Tỷ lệ (%)	Hàng quý	Tỷ lệ (%)	Khi có yêu cầu	Tỷ lệ (%)	Không họp	Tỷ lệ (%)
PKĐK tư nhân	7	6,1	16	13,9	9	7,8	83	72,2
Y tế thôn bản	73	63,5	12	10,4	3	2,6	27	23,5
Thú y	21	18,3	27	23,5	28	24,3	39	33,9
Cộng tác viên	80	69,6	12	10,4	5	4,3	18	15,7
Khác	14	12,2	11	9,6	7	6,1	83	72,2

Các TYT họp giao ban định kỳ hàng tháng, hàng quý với cộng tác viên (69,6% và 10,9%), y tế thôn bản (63,5% và 10,4%) và thú y (18,3% và 23,5%), bên cạnh đó các cuộc họp theo yêu cầu với các đơn vị phối hợp. Còn 72,2% TYT không tổ chức họp với PKĐK (Bảng 3.9).

3.1.2 Thực trạng thực hiện chức năng chính của các đơn vị thuộc hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm Hà Nội

3.1.2.1 Hoạt động giám sát của hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm

Bảng 3.10 Cách thức thu thập số liệu của HTGSBTN

Cách thức thu thập số liệu	TTYT (n=29)	TYT (n=115)
Tổng hợp số liệu về trường hợp bệnh từ BV/PKĐK	15 (51,7%)	105 (91,3%)
Nhân viên y tế đến bệnh viện/phòng khám thống kê số liệu theo tuần/tháng	28 (96,6%)	35 (30,4%)
Thu thập số liệu từ các Trạm Y tế xã/phường gửi lên	29 (100%)	
Khác	4 (13,8%)	38 (33%)

Tất cả các TTYT đều thu thập số liệu BTN từ TYT gửi lên để tổng hợp, báo cáo. Việc thu thập số liệu BTN tại cơ sở điều trị chủ yếu do cán bộ TTYT đến bệnh viện hàng tuần để thu thập số liệu (28/29 TTYT) và có 15/29 TTYT nhận được số liệu từ các bệnh viện, PKĐK gửi về. Các TYT chủ yếu tổng hợp số liệu về trường hợp bệnh từ các bệnh viện hoặc PKĐK trên địa bàn hoặc từ nguồn số liệu do tuyến trên thông báo (Bảng 3.10).

Bảng 3.11 Cách thức ghi nhận trường hợp bệnh của các TTYT (n=29)

Phương tiện ghi nhận trường hợp bệnh	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sổ nhận dịch và báo dịch	27	93,1
Phiếu điều tra trường hợp bệnh	25	86,2
Phần mềm quản lý trường hợp bệnh	25	86,2

Phần lớn các TTYT sử dụng sổ nhận/báo dịch (93,1%) để ghi nhận thông tin về trường hợp bệnh. Số đơn vị sử dụng phiếu điều tra trường hợp bệnh và dùng phần mềm để ghi nhận và quản lý trường hợp bệnh tại các TTYT chiếm tỷ lệ 86,2% (Bảng 3.11).

Bảng 3.12 Cách thức ghi nhận trường hợp bệnh của Trạm Y tế (n=115)

Phương tiện ghi nhận trường hợp bệnh	Số có sổ	Tỷ lệ (%)	Số lượng đủ dùng	Tỷ lệ (%)
Sổ khám bệnh (sổ A1)	114	99,1	107	93
Sổ nhận dịch và báo dịch	112	97,4	102	88,7
Sổ điều tra, xử lý ổ dịch	108	93,9	100	87
Sổ theo dõi bệnh truyền nhiễm ở trẻ em	106	92,2	95	82,6
Sổ theo dõi bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue	112	97,4	101	87,8
Sổ theo dõi chết sơ sinh	108	93,9	97	84,3
Sổ theo dõi sốt phát ban nghi sởi	107	93,0	97	84,3
Sổ theo dõi trường hợp liệt mềm cấp	104	90,4	92	80
Sổ Giao ban với cộng tác viên	104	90,4	100	87

Tại các TYT có 9 loại sổ sách để thống kê BTN, trong đó sổ A1 được sử dụng nhiều nhất (99,1%), tiếp theo là sổ nhận dịch và báo dịch (97,4%), sổ điều tra, xử lý ổ dịch (93,9%) và sổ theo dõi BTN ở trẻ em (92,2%). Trong số 4 loại sổ theo dõi từng dịch bệnh, sổ theo dõi bệnh nhân SXHD được sử dụng với tỷ lệ cao nhất (97,4%). Hầu hết các TYT đều có đủ sổ để dùng (80% đến 93%) (Bảng 3.12).

Bảng 3.13 Cách thức ghi nhận trường hợp bệnh của các bệnh viện và phòng khám đa khoa (n=63)

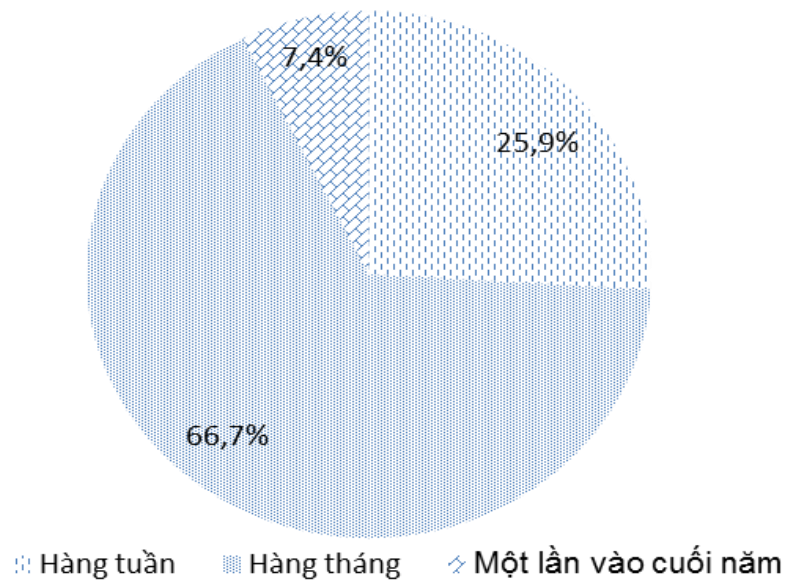
Cách ghi nhận	Số đơn vị	Tỷ lệ (%)
Sổ quản lý, ghi chép trường hợp bệnh	51	80,9
Phiếu điều tra trường hợp bệnh	7	11,1
Phần mềm quản lý trường hợp bệnh	13	20,6

Tại các bệnh viện và PKĐK sử dụng sổ quản lý, ghi chép trường hợp bệnh nhiều nhất (80,9%), tiếp đó là dùng phần mềm quản lý trường hợp bệnh (20,6%); chỉ có 11,1% đơn vị có phiếu điều tra trường hợp bệnh truyền nhiễm.

Bảng 3.14 Các biểu mẫu báo cáo được sử dụng và thực hiện phân tích số liệu

Các biểu mẫu báo cáo dịch có tại đơn vị	TTYT(n=29)		TYT (n=115)		Bệnh viện, PKĐK (n=63)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mẫu báo cáo ngày	25	86,2	40	34,8	15	23,8
Mẫu báo cáo tuần	28	96,6	91	79,1	27	42,9
Mẫu báo cáo tháng	28	96,6	106	92,2	33	52,4
Mẫu báo cáo năm	28	96,6	64	55,7	26	41,3
Mẫu báo cáo vụ dịch	23	79,3	53	46,1	4	6,3
Phân tích, phiên giải số liệu	27	93,1	45	39,1	0	0,0

Theo thông tư 48/2010/TT-BYT của Bộ Y tế, hoạt động báo cáo định kỳ BTN được thực hiện dưới hình thức báo cáo ngày, tuần, tháng, năm; ngoài ra khi có dịch còn có mẫu báo cáo vụ dịch. Hầu hết các TTYT và các TYT đều có đầy đủ các loại biểu mẫu báo cáo giám sát định kỳ, như mẫu báo cáo tuần, tháng và năm (đều có ở 96,6% TTYT và lần lượt ở 79,1% - 92,2% và 55,7% TYT). Có 41,3% -52,4% bệnh viện và PKĐK sử dụng mẫu báo cáo tuần, tháng và năm, 23,8% sử dụng mẫu báo cáo ngày. Mẫu báo cáo vụ dịch có ở 79,3% TTYT và 46,1% TYT. Việc phiên giải và phân tích số liệu được thực hiện tại 93,1% TTYT và tại 39,1% số TYT. Không có bệnh viện và PKĐK nào thực hiện phân tích số liệu BTN (Bảng 3.14).



Biểu đồ 3.1 Tần suất phân tích bệnh truyền nhiễm của các TTYT quận, huyện

Các TTYT chủ yếu phân tích số liệu BTN hàng tháng (66,7%), chỉ có 25,9% TTYT thực hiện phân tích số liệu hàng tuần và 7,4% phân tích một lần vào cuối năm (Biểu đồ 3.1). Lý do không phân tích số liệu của tuyến quận, huyện chủ yếu do cán bộ làm công tác thống kê còn thiếu kỹ năng, thiếu trang thiết bị và phần mềm thống kê...

Bảng 3.15 Lý do không phân tích số liệu của các Trạm Y tế (n=115)

Lý do	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không biết cần phải phân tích	55	47,8
Cán bộ y tế thiếu kỹ năng	20	17,4
Thiếu trang thiết bị/phần mềm thống kê	22	19,1
Không đủ thời gian	9	7,8
Thiếu nhân lực	6	5,2
Không cần thiết	5	4,3
Khác	7	6,1

Lý do không phân tích số liệu BTN của các đơn vị y tế tuyến xã, phường chủ yếu là không biết cần phải phân tích (47,8%), tiếp đó là thiếu trang thiết bị (19,1%), cán bộ còn thiếu kỹ năng (17,4%) (Bảng 3.15).

Bảng 3.16 Hình thức và thời gian lưu trữ báo cáo BTN của các đơn vị

Các biểu mẫu báo cáo dịch có tại đơn vị	TTYT (n=29)		TYT (n=115)		Bệnh viện, PKĐK (n=63)	
	Số lượng	(%)	Số lượng	(%)	Số lượng	(%)
Báo cáo giấy (sổ, báo cáo, phiếu điều tra...)	29	100	110	95,7	43	68,3
Trên máy vi tính	29	100	16	13,9	22	34,9
Thực hiện cả 2 hình thức	29	100	15	13,0	20	31,7
Số đơn vị lưu trữ đủ báo cáo bệnh truyền nhiễm trong vòng 5 năm gần nhất	13	44,8	77	66,9	0	0

Tất cả TTYT đều lưu trữ báo cáo ở dạng báo cáo giấy và trên máy tính, TYT lưu trữ chủ yếu báo cáo giấy (97,5%) nhưng chỉ có 13,9% TYT và 34,9% cơ sở thuộc khối điều trị có lưu báo cáo trên máy tính.

Các TYT thực hiện lưu báo cáo BTN trong 5 năm gần đây với tỷ lệ cao nhất (66,9%), tiếp đó là các TTYT quận, huyện (44,8%) (Bảng 3.16).

Bảng 3.17 Tình hình áp dụng ngưỡng cảnh báo một số BTN của TTYT quận, huyện (n=12)

Loại bệnh	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Cúm A H5N1	4	33,3
Sốt xuất huyết Dengue	11	91,7
Tả	4	33,3
Tay chân miệng	3	25,0
Bại liệt	2	16,7
Uốn ván	2	16,7
Liệt mềm cấp	1	8,3

Chỉ có 12/29 TTYT (41,4%) TTYT áp dụng ngưỡng cảnh báo dịch với các loại bệnh trong hoạt động giám sát, trong số 12 TTYT áp dụng ngưỡng cảnh báo dịch có 11 TTYT áp dụng ngưỡng cảnh báo dịch đối với bệnh SXHD (91,7%), tiếp theo là các bệnh tả, cúm A/H5N1 (33,3%), tay chân miệng (25%). Các bệnh còn lại được áp dụng với tỷ lệ thấp hơn nhiều (8,3%-16,7%) (Bảng 3.17).

Bảng 3.18 Lý do các TTYT không áp dụng ngưỡng cảnh báo BTN (n=17)

Lý do	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không biết nhiệm vụ	2	11,8
Cán bộ y tế thiếu kỹ năng	6	35,3
Thiếu trang thiết bị/phần mềm thống kê	7	41,2
Không đủ thời gian	0	0
Thiếu nhân lực	3	17,6
Thiếu hướng dẫn	3	17,6
Không cần thiết	3	17,6
Khác	1	5,9

Có 17/29 TTYT không áp dụng ngưỡng cảnh báo, nguyên nhân chủ yếu là thiếu trang thiết bị (41,2%), cán bộ thiếu kỹ năng (35,3%). Các lý do khác như thiếu nhân lực, thiếu hướng dẫn được 17,6% cán bộ có ý kiến xác nhận, đặc biệt có 17,6% người được phỏng vấn cho rằng không cần thiết áp dụng (Bảng 3.18).

Bảng 3.19 Hình thức TTYT quận, huyện phản hồi cho tuyến dưới (n=29)

Hình thức phản hồi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thông báo dịch tuần	1	3,4
Thông báo bệnh truyền nhiễm hàng tháng	21	72,4
Kết quả xử lý vụ dịch	13	48,3
Giao ban phòng chống dịch	29	100

Hình thức phản hồi thông tin về BTN được 100% số TTYT áp dụng là giao ban định kỳ với tuyến dưới (TYT). Có 21/29 TTYT sử dụng hình thức thông báo BTN hàng tháng và 13/29 đơn vị sử dụng hình thức thông báo kết quả xử lý ổ dịch cho TYT. Hình thức phản hồi bằng gửi thông báo dịch theo tuần chỉ được 1/29 đơn vị thực hiện (Bảng 3.19).

Bảng 3.20 Gửi thông tin phản hồi về giám sát bệnh truyền nhiễm cho các đơn vị của các TTYT (n=29)

TT	Đơn vị nhận phản hồi	Số TTYT có gửi thông tin phản hồi	Tỷ lệ (%)
1	Bệnh viện thành phố	2	6,9
2	Bệnh viện huyện	11	38
3	Trạm Y tế	29	100
4	Y tế trường học, cơ quan, xí nghiệp	11	38
5	Phòng khám đa khoa	17	58,6
6	Cơ sở y tế tư nhân	1	3,4

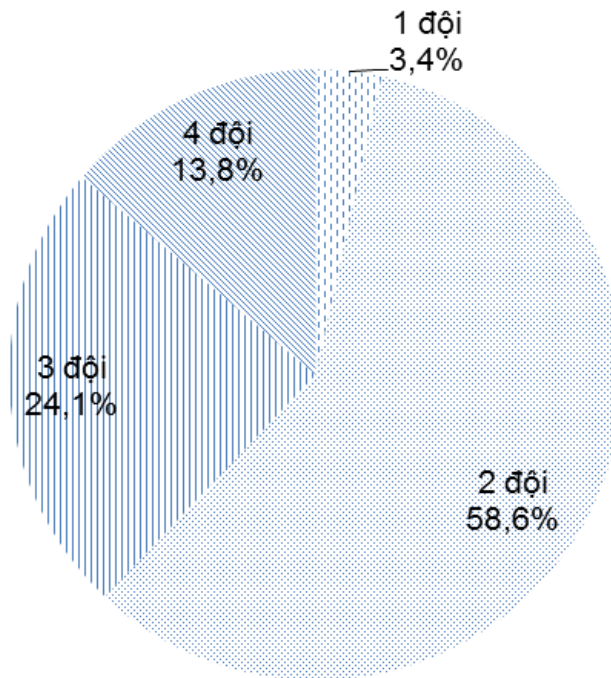
Thông tin phản hồi về tình hình BTN được gửi chủ yếu cho các TYT (29/29 TTYT), tiếp đó là gửi cho các PKĐK (17/29), cho BV và y tế cơ quan, xí nghiệp (11/29). Hầu hết các cơ sở y tế tư nhân đều không nhận được thông tin phản hồi về giám sát bệnh truyền nhiễm từ TTYT.

3.1.2.2 Tình hình chuẩn bị kế hoạch và đáp ứng chống dịch

Bảng 3.21 Xây dựng kế hoạch phòng chống dịch của các đơn vị (năm 2012)

Loại kế hoạch	TTYT (n=29)		TYT (n=115)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Kế hoạch phòng chống dịch chung	28	96,6	109	94,8
Kế hoạch phòng chống dịch Đông Xuân	25	86,2	95	82,6
Kế hoạch phòng chống dịch mùa Hè	25	86,2	90	78,3
Kế hoạch phòng chống bệnh SXHD	28	96,6	111	96,5
Kế hoạch phòng chống bệnh tả	13	44,8	64	55,7
Kế hoạch phòng chống bệnh TCM	28	96,6	110	95,7
Kế hoạch phòng chống bệnh dại	27	93,1	95	82,6
Kế hoạch phòng chống bệnh tiêu chảy	27	93,1	92	80,0
Kế hoạch phòng chống bệnh Cúm AH5N1	28	96,6	104	90,4
Kế hoạch khác	11	37,9	13	11,3

Trong năm 2012, hầu hết các TTYT và TYT đều chủ động xây dựng kế hoạch phòng, chống dịch chung (96,6% và 94,8%) và kế hoạch phòng, chống từng loại dịch bệnh riêng rẽ như SXHD (96,6% và 96,5%), TCM (96,6% và 95,7%), cúm A/H5N1 (96,6% và 90,4%), bệnh dại, bệnh tiêu chảy (93,1 và 80-82,6%). Tuy nhiên chỉ 44,8% TTYT và 55,7% TYT xây dựng kế hoạch phòng, chống tả (Bảng 3.21).



Biểu đồ 3.2 Thành lập đội cơ động chống dịch tại các TTYT

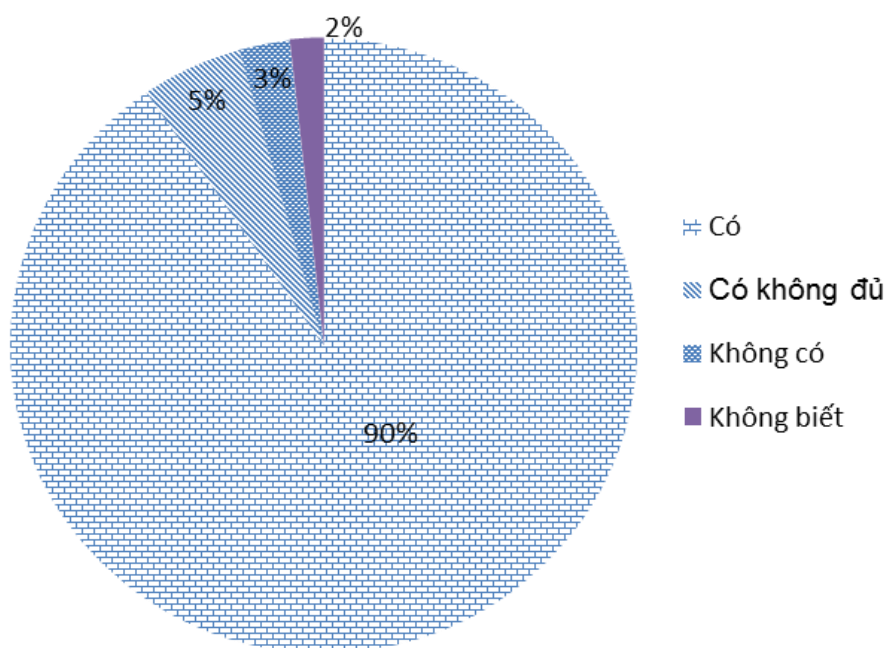
Nhằm đáp ứng kiểm soát dịch bệnh, 29/29 TTYT và 113/115 (98,3%) TYT đã thành lập Ban chỉ đạo phòng, chống dịch.

Tại TTYTDP Hà Nội thành lập 5 đội cơ động đáp ứng chống dịch. Các TTYT mỗi đơn vị thành lập từ 1-4 đội cơ động, chủ yếu là 2 đội (58,6%) và 3 đội (24,1%) (Biểu đồ 3.2).

Bảng 3.22 Thành phần của đội cơ động chống dịch tại các TTYT quận, huyện (n=29)

Thành phần Đội cơ động chống dịch	Số TTYT (n=29)	Tỷ lệ (%)
Cán bộ dịch tễ	28	96,6
Cán bộ xét nghiệm	28	96,6
Bác sỹ lâm sàng	12	41,4
Cán bộ vệ sinh môi trường	28	96,6
Cán bộ hậu cần (Hành chính, tài vụ, lái xe...)	13	44,8
Cán bộ khác	10	34,5

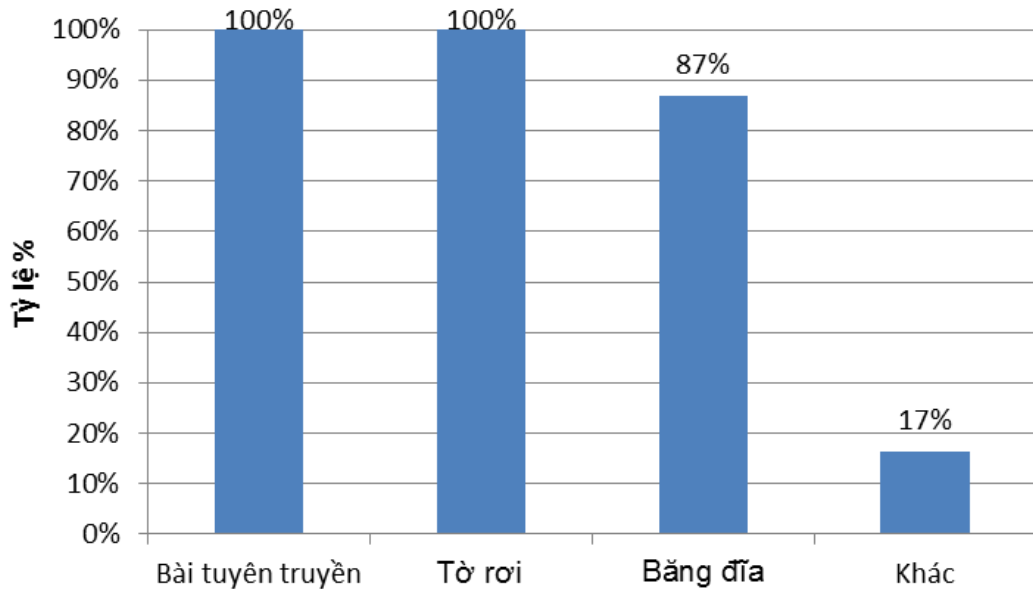
Trong đội cơ động của các TTYT về cơ bản có đủ 3 thành phần chính là cán bộ dịch tễ (96,6%), cán bộ xét nghiệm (96,6%) và cán bộ vệ sinh môi trường (96,6%). Có 41,4% TTYT có bác sỹ lâm sàng trong đội cơ động. Ngoài ra còn có cán bộ hậu cần (44,8%) và các thành phần khác (34,5%) (Bảng 3.22).



Biểu đồ 3.3. Thực trạng cơ sở chống dịch tại các Trạm Y tế (n=115)

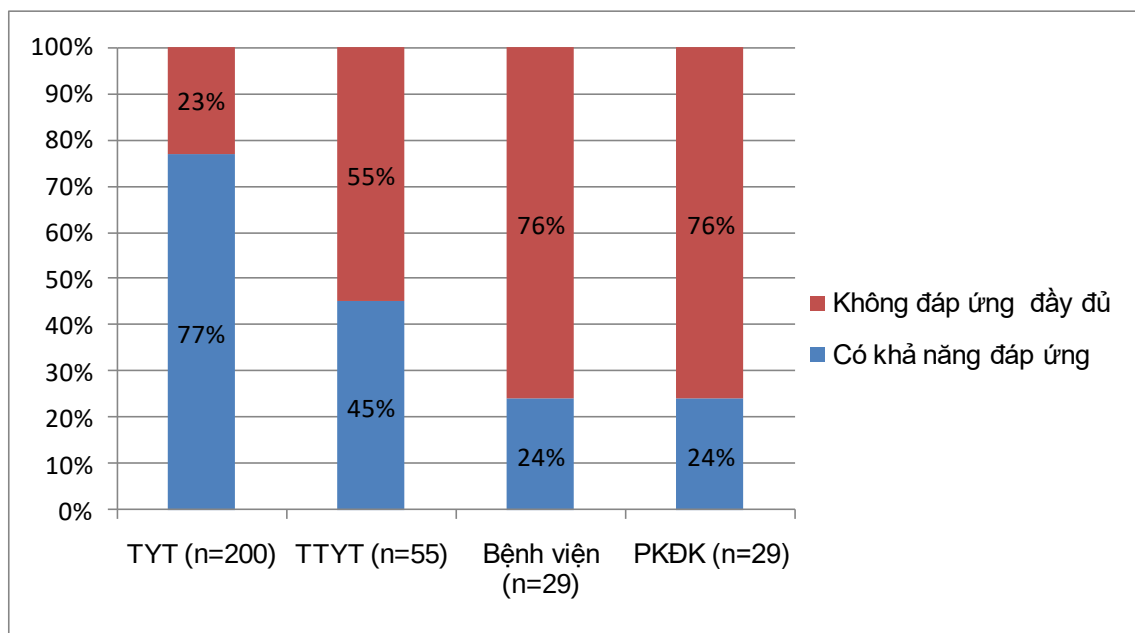
Về cơ bản, hoạt động đáp ứng chống dịch của TYT là chuẩn bị đầy đủ nhân lực, cơ sở chống dịch và các vật liệu truyền thông cho cộng đồng: 95%

các TYT có cơ sở chống dịch, 3% TYT không có và 2% TYT không biết phải chuẩn bị cơ sở chống dịch (Biểu đồ 3.3).



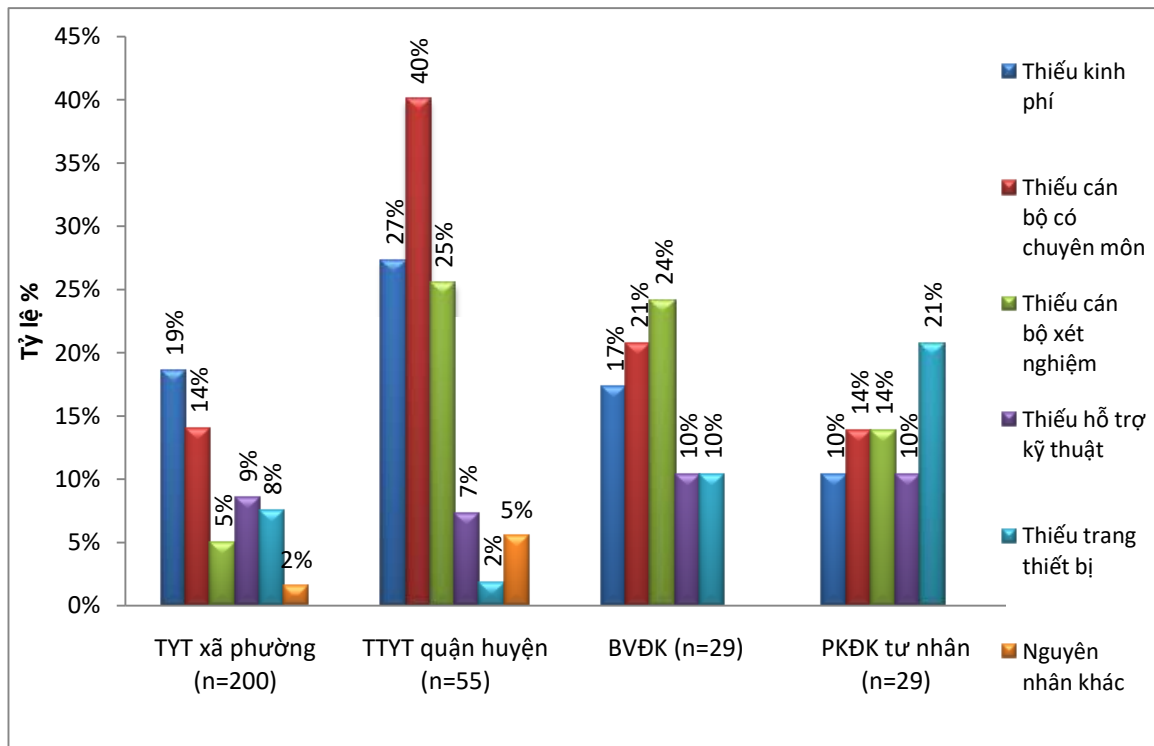
Biểu đồ 3.4. Sự sẵn có vật liệu truyền thông tại các Trạm Y tế (n=115)

100% các TYT có sẵn bài tuyên truyền và tờ rơi tuyên truyền về phòng chống các BTN, 87% TYT có cả băng đĩa truyền thông và 17% có các vật liệu truyền thông khác (Biểu đồ 3.4).



Biểu đồ 3.5 Khả năng đáp ứng phòng chống dịch (n=313)

Khi khảo sát ý kiến của cán bộ giám sát về khả năng đáp ứng phòng chống dịch của hệ thống, 77% cán bộ giám sát tại các TYT cho rằng có khả năng đáp ứng được với tình hình dịch bệnh hiện nay tại địa phương. Tại các TTYT tỷ lệ này là 45%, tại các BV và PKĐK là 24% (Biểu đồ 3.5).



Biểu đồ 3.6 Nguyên nhân ảnh hưởng tới khả năng đáp ứng phòng chống dịch (n=313)

Về nguyên nhân ảnh hưởng đến khả năng đáp ứng phòng chống dịch: Phần lớn cán bộ giám sát cho rằng thiếu cán bộ có chuyên môn, thiếu kinh phí và thiếu cán bộ xét nghiệm (tỷ lệ lần lượt là 14%, 19% và 5% tại tuyến xã; 19%, 40% và 21% tại tuyến quận huyện; 17%, 21% và 24% tại các BVĐK và 10%, 14% và 14% tại các PKĐK). Ngoài ra, thiếu hỗ trợ kỹ thuật từ tuyến trên và thiếu trang thiết bị cũng là 2 lý do được cán bộ lâm sàng đưa ra với tỷ lệ dao động từ 10% đến 21% (Biểu đồ 3.6).

3.1.2.3 Hoạt động xét nghiệm của hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm

Bảng 3.23 Khả năng chẩn đoán tác nhân gây một số BTN của các đơn vị y tế

Khả năng chẩn đoán tác nhân gây bệnh	TTYT (n=29)	Tỷ lệ (%)	BV, PKĐK (n=63)	Tỷ lệ (%)
Cúm A/H5N1	0	0	6	9,5
Sốt xuất huyết Dengue	1	3,4	18	28,6
Tả	2	6,9	13	20,6
EV71	0	0	4	6,3
Sởi	1	3,4	3	4,8
Rubella	1	3,4	10	15,9
Không chẩn đoán được	24	82,7	9	14,3

Hầu hết các TTYT, bệnh viện và PKĐK đều không có khả năng xét nghiệm chẩn đoán cúm A/H5N1, SXHD, tả... Tỷ lệ các bệnh viện và PKĐK thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán tác nhân gây bệnh truyền nhiễm thấp, chỉ đạt 20,6% đối với tả và 28,6% đối với SXHD (Bảng 3.23). Việc chẩn đoán tác nhân gây BTN chủ yếu dựa vào TTYTDP Hà Nội và Viện VSDT Trung ương.

Bảng 3.24 Khả năng lấy mẫu, vận chuyển mẫu bệnh phẩm BTN

Khả năng lấy mẫu, vận chuyển mẫu bệnh phẩm	TTYT (n=29)	Tỷ lệ (%)	BV, PKĐK (n=63)	Tỷ lệ (%)
Bệnh phẩm chẩn đoán cúm	14	48,3	25	39,7
Sốt xuất huyết Dengue	29	100	35	55,6
Tả	28	96,6	31	49,2
Tay, chân, miệng	29	100	24	38,1
Sốt phát ban nghi sởi	29	100	24	38,1
Có tài liệu hướng dẫn liên quan	25	86,2	37	58,7

100% TTYT có khả năng lấy mẫu đúng quy định đối với một số BTN thường gặp như bệnh SXHD, bệnh tay chân miệng và bệnh sốt phát ban và hầu hết đều lấy mẫu, bảo quản và vận chuyển mẫu đúng quy định (96,6% với tả, 100% với các BTN thường gặp). Tỷ lệ các BV và PKĐK lấy mẫu dao động từ 38,1% (bệnh tay chân miệng, bệnh sốt phát ban) đến 55,6% (bệnh SXHD). 25/29 TTYT có tài liệu hướng dẫn liên quan. Riêng đối với cúm gia

cầm, có 14/29 TTYT thực hiện lấy mẫu bệnh phẩm, bảo quản, vận chuyển đến tuyến trên. Tỷ lệ này ở bệnh viện và PKĐK đều thấp hơn đối với tất cả các loại bệnh (38,1%-55,6%) và chỉ có 58,7% đơn vị có các tài liệu hướng dẫn liên quan (Bảng 3.24). Tại thời điểm nghiên cứu chưa đơn vị nào được đánh giá và xếp hạng theo tiêu chuẩn an toàn sinh học.

3.1.3 Chức năng hỗ trợ hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm

3.1.3.1 Các tiêu chuẩn và hướng dẫn giám sát bệnh truyền nhiễm

Bảng 3.25 Sự sẵn có các tài liệu hướng dẫn định nghĩa trường hợp bệnh (ĐNTHB)

Tài liệu chuẩn hướng dẫn ĐNTHB	TTYT (n=29)		TYT (n=115)		BV, PKĐK (n=63)	
	Số lượng	(%)	Số lượng	(%)	Số lượng	(%)
Cho đủ 28 bệnh	28	96,6	7	6,1	6	9,5
Cho một số bệnh	1	3,4	98	85,2	41	65,1
Không có	0	0	10	8,7	16	25,4

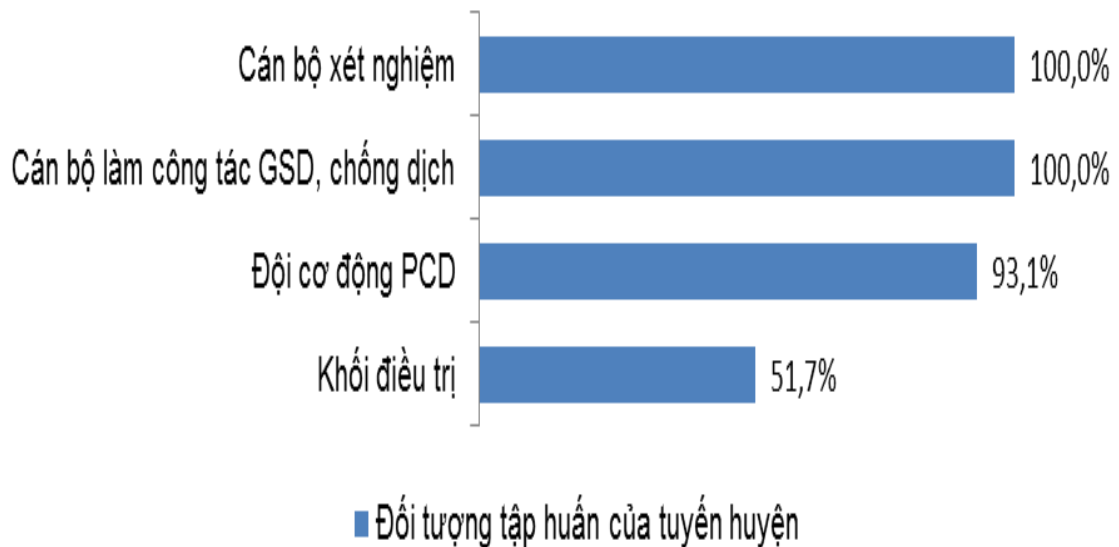
Phần lớn các TTYT (28/29) có tài liệu hướng dẫn định nghĩa trường hợp bệnh đầy đủ cho tất cả 28 bệnh cần giám sát theo quy định của Bộ Y tế. Ngược lại, hầu hết các TYT và bệnh viện/PKĐK không có đủ các tài liệu định nghĩa trường hợp bệnh giám sát chuẩn đối với 28 bệnh truyền nhiễm. Những đơn vị này chỉ có tài liệu cho một số bệnh với tỷ lệ lần lượt là 85,2% và 65,1% (Bảng 3.25).

Bảng 3.26 Sự sẵn có các tài liệu hướng dẫn đối với bệnh tả và SXHD

Tài liệu hướng dẫn phòng chống tả và SXHD	TTYT (n=29)		BV, PKĐK (n=63)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
ĐNTHB tả	22	75,9	23	36,5
ĐNTHB SXHD	27	93,1	26	41,3
Mẫu phiếu điều tra tả	22	75,9	10	15,9
Mẫu phiếu điều tra SXHD	28	96,6	10	15,9

Kết quả nêu ở Bảng 3.26 cho thấy 27/29 TTYT có tài liệu hướng dẫn định nghĩa trường hợp bệnh SXHD và 96,6% đơn vị có mẫu phiếu điều tra trường hợp bệnh SXHD, nhưng chỉ có 75,9% TTYT có tài liệu hướng dẫn định nghĩa trường hợp bệnh tả và phiếu điều tra trường hợp bệnh tả. Số BV và PKĐK có tài liệu hướng dẫn định nghĩa trường hợp bệnh SXHD và tả thấp hơn (41,3% và 36,5%). Có 15,9% số đơn vị lâm sàng có mẫu phiếu điều tra trường hợp bệnh SXHD và tả.

3.1.3.2 Công tác đào tạo, tập huấn chuyên môn



Biểu đồ 3.7 Thành phần đối tượng tham dự các lớp tập huấn tuyến huyện

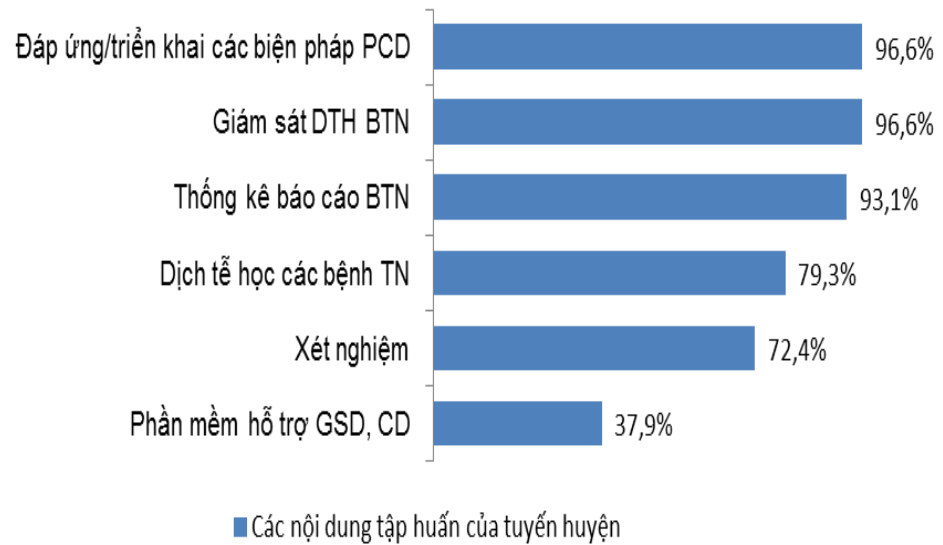
Hàng năm TTYTDP Hà Nội tổ chức tập huấn thường xuyên về chuyên môn nghiệp vụ phòng chống dịch cho cán bộ TTYT với số cán bộ được tập huấn năm 2011 trung bình là 13 cán bộ/TTYT, nhiều nhất là 45 cán bộ/TTYT, ít nhất là 2 cán bộ/TTYT được tập huấn. Đối tượng tập huấn của TTYT chủ yếu là cán bộ làm nhiệm vụ giám sát, chống dịch, cán bộ xét nghiệm (100%) và cán bộ của đội cơ động phòng chống dịch (93,1%), chỉ 51,7% TTYT tổ chức tập huấn về giám sát, phòng chống dịch cho cán bộ khối điều trị (Biểu đồ 3.7).

Bảng 3.27 Tình hình đào tạo/tập huấn cho cán bộ xét nghiệm Vi sinh

Cơ sở đào tạo	TTYT (n=29)	Tỷ lệ (%)	BV, PKĐK (n=63)	Tỷ lệ (%)
Đào tạo tại Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương	4	13,8	3	4,8
Đào tạo tại các phòng xét nghiệm tuyến trên	12	41,4	8	12,7
Đào tạo tại các bệnh viện	7	24,1	15	23,8
Đào tạo tại chỗ	2	6,9	7	11,1
Không đào tạo	4	13,8	30	47,6

Về đào tạo/tập huấn cho cán bộ xét nghiệm: hàng năm có 25/29 TTYT và 33/63 bệnh viện, PKĐK cử cán bộ xét nghiệm đi đào tạo/tập huấn cập nhật kiến thức tại các cơ sở khác nhau. Đối với TTYT, tỷ lệ cán bộ xét nghiệm cử đi đào tạo tại TTYTDH Hà Nội cao nhất (41,4%), tiếp đó là tại bệnh viện (24,1%); BV và PKĐK cử cán bộ xét nghiệm đi đào tạo tại BV tuyến trên chiếm tỷ lệ cao nhất (23,8%) (Bảng 3.27). Thời điểm khảo sát có 04 TTYT và 30 bệnh viện, PKĐK chưa cử cán bộ xét nghiệm đi đào tạo/tập huấn chuyên môn.

Trong năm 2011, 100% TTYT đã tổ chức tập huấn chuyên môn nghiệp vụ về phòng chống dịch cho cán bộ của TTYT và cán bộ TYT trực thuộc, 100% TYT đã được tập huấn về giám sát và phòng, chống dịch (trung bình mỗi TYT có 4,3 cán bộ được tập huấn, TYT có ít cán bộ được tập huấn nhất là 1 người, nhiều nhất là 11 người).



Biểu đồ 3.8 Nội dung tập huấn do TTYT tổ chức cho TYT

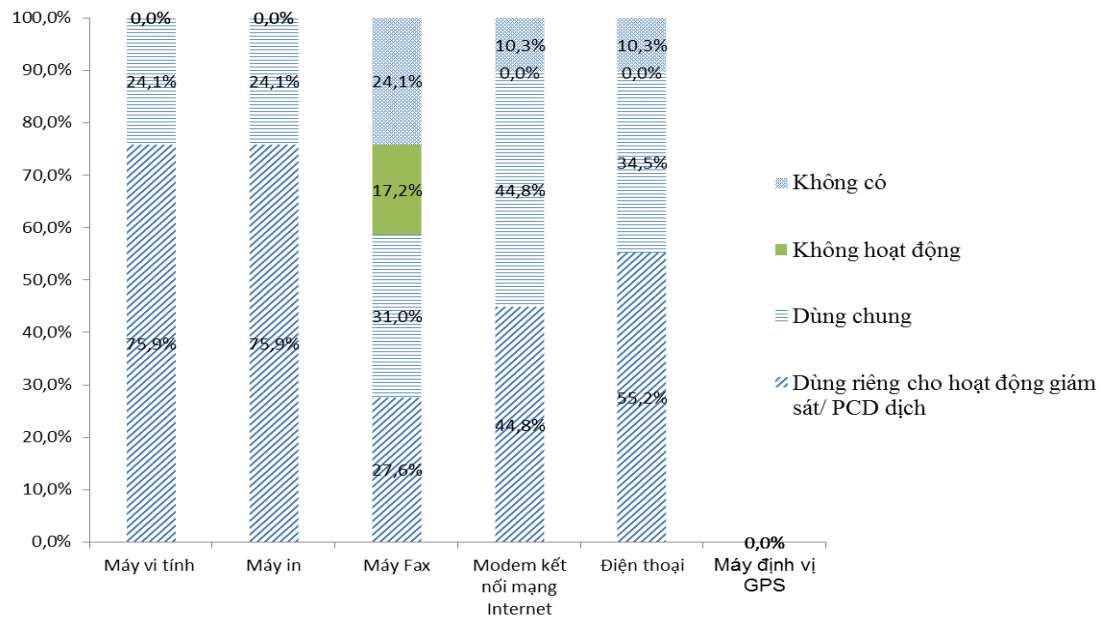
Nội dung tập huấn chủ yếu là giám sát BTN và đáp ứng/triển khai các biện pháp chống dịch (96,6%), thống kê báo cáo BTN (93,1%); chỉ có 37,9% quận huyện tổ chức tập huấn về các phần mềm hỗ trợ giám sát dịch (Biểu đồ 3.8).

3.1.3.3 Công tác giám sát hỗ trợ tuyến dưới

Trong năm 2011, các TTYT đã được Trung tâm Y tế dự phòng Hà Nội cử cán bộ giám sát hỗ trợ trung bình 5,5 lượt/TTYT (nhiều nhất là 15 lượt, ít nhất là 2 lượt). Cũng trong năm 2011, các TTYT tổ chức giám sát hỗ trợ cho TYT với trung bình 19,9 lượt/TYT (dao động từ 8 - 32 lượt/TYT).

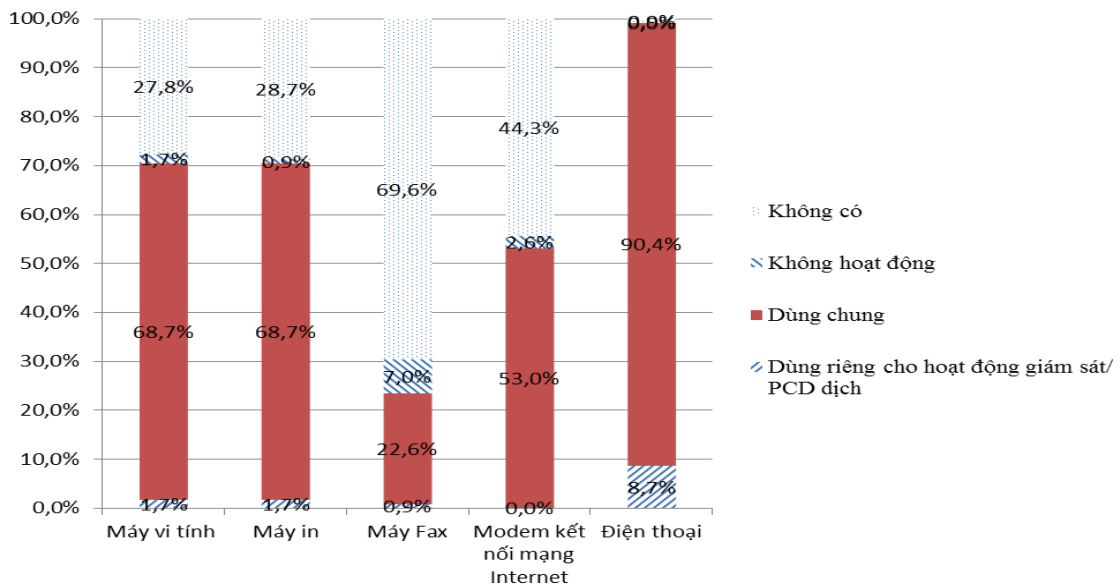
3.1.3.4 Các phương tiện hỗ trợ hệ thống giám sát

Tại các TTYT, 100% Khoa Kiểm soát dịch bệnh và HIV/AIDS (KSDB&HIV/AIDS) có đủ máy tính, máy in nhưng vẫn còn 24,1% đơn vị sử dụng chung. Có 24,1% Khoa KSDB & HIV/AIDS không có máy fax, số còn lại đều được trang bị nhưng 17,2% đơn vị máy không hoạt động được và 31,1% đang dùng chung; 3/29 (10%) đơn vị không kết nối mạng Internet và không có điện thoại. Tất cả các đơn vị đều không có máy định vị GPS (Biểu đồ 3.9).



Biểu đồ 3.9 Trang bị các phương tiện hỗ trợ tại TTYT (n=29)

Tại tuyến xã, phường, 100% TYT có điện thoại, nhưng còn 27,8% TYT không có máy vi tính, máy in, 47% TYT không kết nối Internet và hơn 70% TYT không có máy fax hoặc có nhưng máy không hoạt động được (Biểu đồ 3.10).

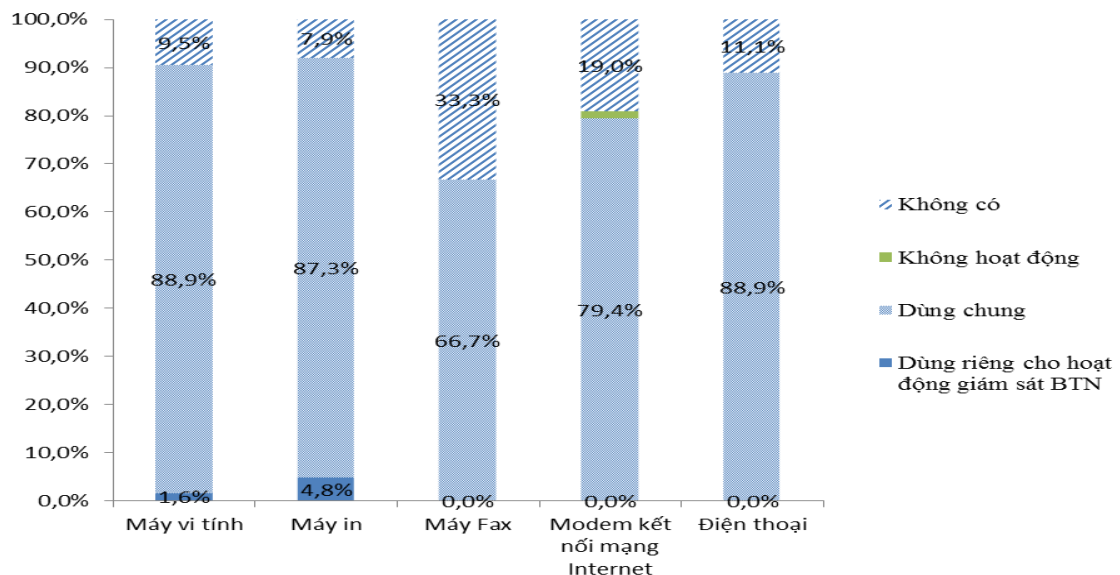


Biểu đồ 3.10 Trang bị các phương tiện hỗ trợ tại TYT (n=115)

Có 6/63 BV và PKĐK (9,5%) không có máy tính, 21/63 BV và PKĐK

(33,3%) không có máy fax, 12/63 BV và PKĐK (19%) không có kết nối mạng Internet và 7/63 BV và PKĐK (11,1%) không có điện thoại cho báo cáo giám sát dịch (Biểu đồ 3.11).

Về việc sử dụng các phần mềm giám sát và phân tích số liệu: tại tuyến thành phố (TTYTDP Hà Nội) nhiều loại phần mềm được sử dụng như Epi Info, Epidata, SPSS, ArcGIS 9.3 và Excel. 100% TTYT đã sử dụng một trong những phần mềm nêu trên, trong đó 26/29 đơn vị sử dụng thành thạo Excel, 13/29 đơn vị có khả năng sử dụng phần mềm vẽ bản đồ ArcGIS, chỉ 3/29 đơn vị biết sử dụng phần mềm Epidata.



Biểu đồ 3.11 Trang bị các phương tiện hỗ trợ tại BV và PKĐK (n=63)

3.1.4 Chất lượng hoạt động của hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm Hà Nội

3.1.4.1 Tính đầy đủ và đúng hạn của báo cáo giám sát, báo cáo BTN của các đơn vị thuộc hệ thống giám sát

Kết quả khảo sát cho thấy 100% TTYT và TYT thực hiện báo cáo bệnh truyền nhiễm; trong khối các bệnh viện và phòng khám đa khoa có 33/63 đơn vị chưa từng thực hiện báo cáo bệnh truyền nhiễm (52,4%), hầu hết các đơn vị không báo cáo là các phòng khám tư nhân.

Bảng 3.28 Tình hình thực hiện báo cáo BTN theo quy định của các đơn vị

Đơn vị	Báo cáo được thực hiện		Báo cáo đúng hạn/số đã thực hiện		Báo cáo đầy đủ thông tin/số đã thực hiện	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<i>Báo cáo tuần</i>						
Trung tâm Y tế (TS=1.508)	912	60,5	666	73,0	834	91,4
Trạm Y tế (TS=30.004)	6.152	20,5	4.201	68,3	4.655	75,7
Bệnh viện/PKĐK (TS=3.276)	541	16,5	469	86,7	496	91,7
<i>Báo cáo tháng</i>						
TTYT quận/huyện (TS=348)	306	87,9	270	88,2	244	79,7
TYT xã/phường (TS=6.924)	4.715	68,1	3.706	78,6	3.314	70,3
Bệnh viện/PKĐK (TS=756)	146	13,1	144	98,6	135	92,5

Ghi chú: TS là tổng số báo cáo tuần của các đơn vị phải thực hiện trong 1 năm (số đơn vị x 52 tuần) hoặc số báo cáo tháng phải thực hiện (số đơn vị x 12 tháng)

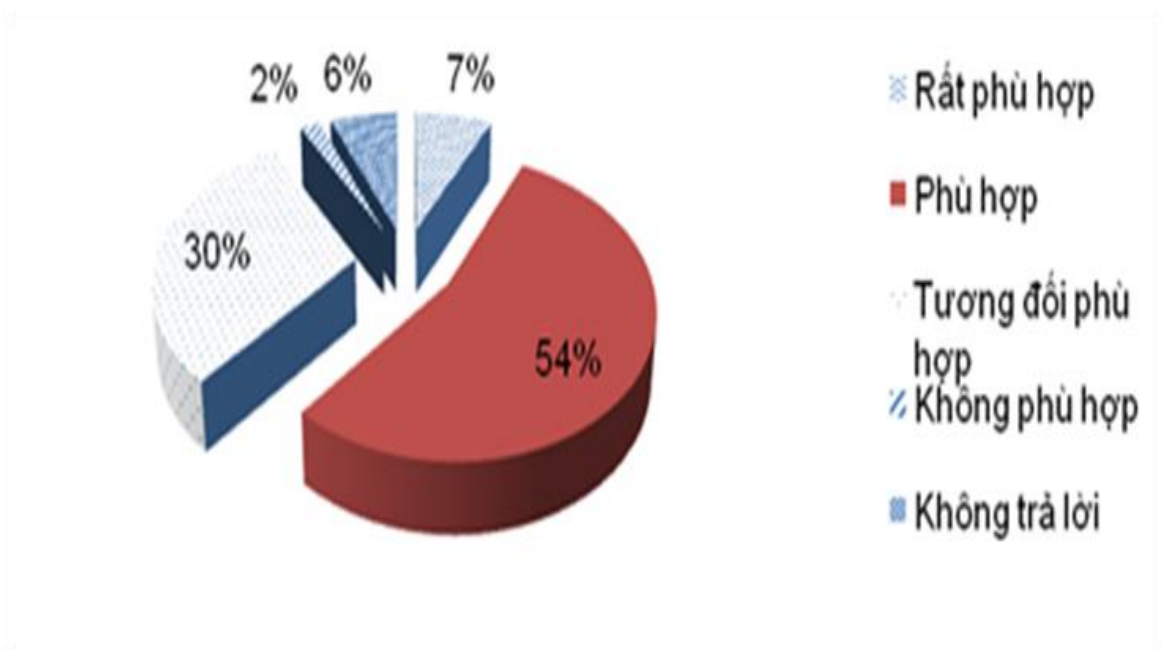
Số liệu nêu ở Bảng 3.28 cho thấy báo cáo tháng được thực hiện ở 87,9% TTYT, 68,1% TYT và 13,1% bệnh viện/PKĐK, cao hơn so với tỷ lệ thực hiện báo cáo tuần của các đơn vị. Tỷ lệ các đơn vị gửi báo cáo đúng hạn dao động từ 68,3% đến 98,6%; TYT thực hiện báo cáo tuần với tỷ lệ và chất lượng kém nhất. Đối với yêu cầu báo cáo có nội dung đầy đủ thông tin, đạt tỷ lệ cao nhất là bệnh viện/PKĐK (91,7-92,5%), tiếp đó là các TTYT (70,3% -75,7%).

Bảng 3.29 Nguyên nhân các BV, PKĐK không thực hiện báo cáo

TT	Lý do không gửi báo cáo	Số đơn vị	Tỷ lệ (%)
1	Không biết cần phải báo cáo	16	48,5
2	CBYT thiếu kỹ năng	3	9,1
3	Thiếu trang thiết bị/phần mềm thống kê	4	12,1
4	Không đủ thời gian	1	3,0
5	Thiếu nhân lực	0	0
6	Không cần thiết	9	27,3

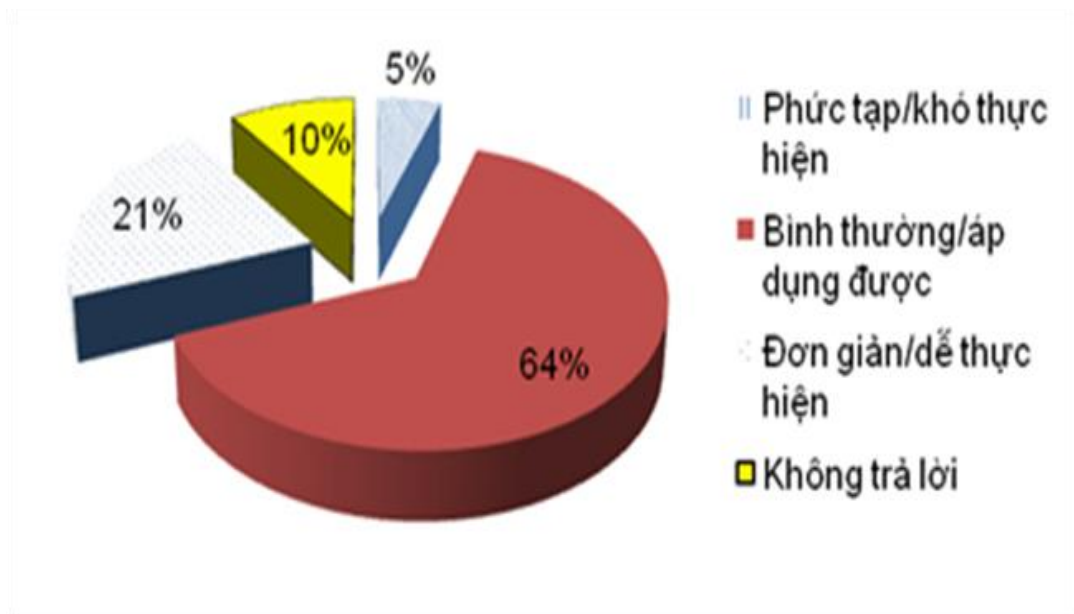
Trong số 63 bệnh viện, PKĐK có 33 đơn vị không thực hiện báo cáo (29 PKĐK và 04 BV tư nhân). Lý do không làm báo cáo của các đơn vị này là không biết cần phải làm báo cáo (48,5%), cho rằng không cần thiết phải làm báo cáo bệnh truyền nhiễm (27,3%) và một số lý do khác như thiếu trang thiết bị, cán bộ chưa biết cách làm báo cáo và không đủ thời gian làm báo cáo (Bảng 3.29).

3.1.4.2 Tính đơn giản và khả năng chấp nhận của HTGSBTN



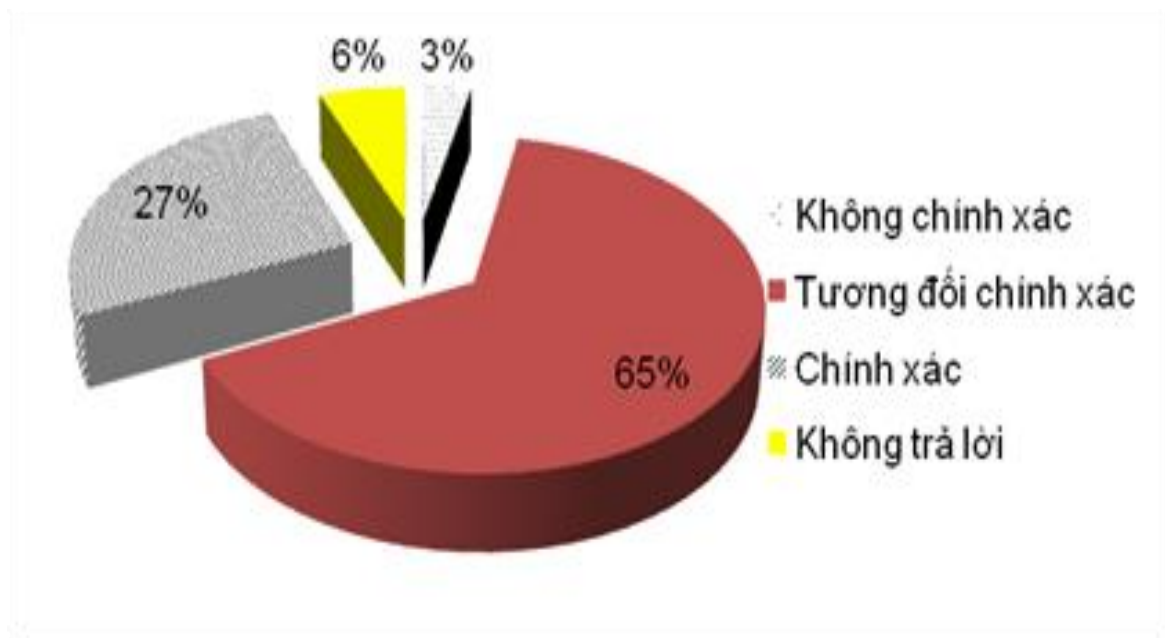
Biểu đồ 3.12 Khả năng chấp nhận quy trình giám sát bệnh dịch (n=313)

Tính đơn giản và khả năng chấp nhận của hệ thống được khảo sát với 313/410 cán bộ giám sát dịch thuộc hệ thống (không bao gồm 24 cán bộ của Trung tâm Y tế dự phòng Hà Nội, 27 cán bộ xét nghiệm của TTYT, 35 cán bộ xét nghiệm của các bệnh viện và 11 người không trả lời phỏng vấn). Kết quả phỏng vấn cho thấy quy trình giám sát BTN hiện nay của hệ thống là rất phù hợp chiếm 7%, phù hợp chiếm 54%, tương đối phù hợp chiếm 30%, chỉ 2% cho rằng quy trình giám sát không phù hợp (Biểu đồ 3.12).



Biểu đồ 3.13 Nhận xét về các biểu mẫu báo cáo (n=313)

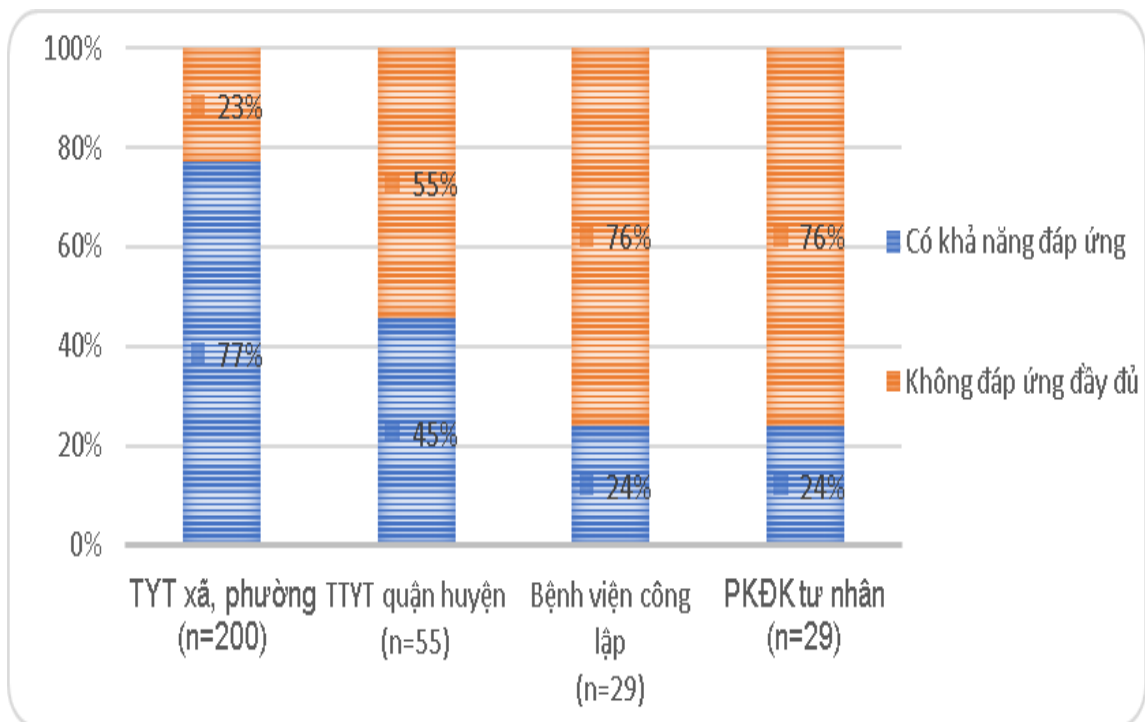
Có 64% cán bộ được khảo sát nhận xét các biểu mẫu báo cáo BTN hiện nay có thể áp dụng được, 5% nhận xét rất đơn giản và dễ dàng thực hiện (21%), chỉ có 5% cho rằng các biểu mẫu này phức tạp và khó thực hiện (Biểu đồ 3.13).



Biểu đồ 3.14 Nhận xét về số liệu giám sát bệnh truyền nhiễm (n=313)

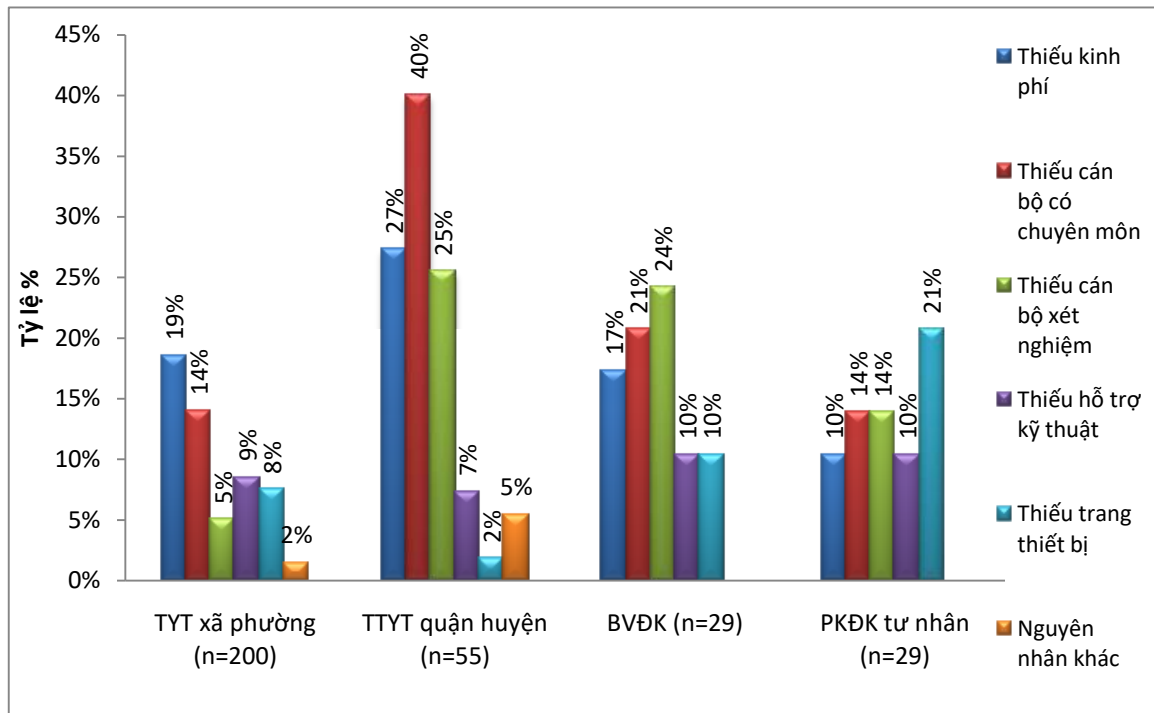
Phần lớn cán bộ được khảo sát cho rằng số liệu giám sát BTN là tương đối chính xác (65%), 27% cho rằng chính xác, 3% cho rằng số liệu giám sát BTN thu thập được là không chính xác và 6% không trả lời (Biểu đồ 3.14).

3.1.4.3 Nhận xét của cán bộ giám sát về năng lực đáp ứng phòng chống dịch của HTGSBTN



Biểu đồ 3.15 Nhận xét về khả năng đáp ứng PCD của hệ thống (n=313)

Đánh giá về khả năng đáp ứng phòng chống dịch của hệ thống được thực hiện thông qua khảo sát nhận xét của cán bộ giám sát các tuyến của hệ thống. Kết quả khảo sát cho thấy phần lớn cán bộ giám sát của TYT nhận xét hệ thống có khả năng đáp ứng được với tình hình dịch bệnh hiện nay tại địa phương (77%). Tuy nhiên tỷ lệ này ở cán bộ giám sát tại các TTYT là 45%. Đa số cán bộ giám sát tại các BVĐK và PKĐK tư nhân cho rằng hệ thống chưa có khả năng đáp ứng đầy đủ công tác phòng chống dịch (76%), như vậy tỷ lệ cho rằng có đáp ứng chỉ chiếm 24% tại các cơ sở này (Biểu đồ 3.15).



Biểu đồ 3.16 Các nguyên nhân chính ảnh hưởng tới khả năng đáp ứng phòng chống dịch của hệ thống (n=313)

Về lý do không đáp ứng được công tác phòng chống dịch bệnh, phần lớn cán bộ giám sát của TTYT cho rằng thiếu cán bộ có chuyên môn, thiếu kinh phí và thiếu cán bộ xét nghiệm (lần lượt là 40%, 27% và 25%); đối với TYT nguyên nhân chủ yếu là thiếu kinh phí (19%), thiếu cán bộ chuyên môn (14%), còn đối với các bệnh viện, nguyên nhân chính là thiếu cán bộ xét nghiệm (24%), thiếu cán bộ chuyên môn (40% và 21%), còn tại các PKĐK tư nhân thì thiếu trang thiết bị là nguyên nhân cơ bản (21%) ảnh hưởng đến năng lực giám sát của hệ thống (Biểu đồ 3.16).

3.1.4.4 Kiến thức, thực hành giám sát BTN của các cán bộ giám sát

Bảng 3.30 Kiến thức về giám sát bệnh truyền nhiễm của cán bộ giám sát

Đơn vị	Kém		Trung bình		Khá		Tốt	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
TTYT (n=55)	1	1,8	7	12,7	36	65,4	11	20,0
TYT (n=194)	77	39,7	65	33,5	52	26,8	6	3,1
BVĐK (n=29)	12	41,4	12	41,4	4	13,8	1	3,4
PKĐK (n=29)	24	82,8	4	13,8	1	3,4	0	0
Tổng số: 307	114	37,1	88	28,7	93	30,3	18	5,9

Khảo sát kiến thức, thực hành giám sát BTN được thực hiện với 313 cán bộ giám sát các tuyến, tuy nhiên có 6 phiếu điền không đầy đủ nên chỉ có 307 phiếu được đưa vào phân tích, đánh giá phần kiến thức. Số cán bộ tham gia giám sát BTN có điểm kiến thức về GSBTN đạt khá và giỏi trong HTGSBTN Hà Nội chiếm tỷ lệ 30,3% và 5,9%. Tỷ lệ khá và giỏi ở nhóm cán bộ của TTYT (65,4% và 20%) cao hơn nhiều so với nhóm cán bộ của TYT (26,8% và 3,1%), nhóm nhân viên BVĐK (13,8% và 3,4%) và PKĐK (3,4% và 0%). Cán bộ y tế có điểm kiến thức kém chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm PKĐK (82,8%), tiếp đó là ở nhóm BVĐK (41,4%) và TYT (39,7%) (Bảng 3.30).

Bảng 3.31 Thực hành giám sát bệnh truyền nhiễm của cán bộ giám sát

Đơn vị	Kém		Trung bình		Khá		Tốt	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
TTYT (n=55)	18	32,7	21	38,2	16	29,1	0	0
TYT (n= 200)	121	60,5	51	25,5	21	10,5	7	3,5
BVĐK (n=29)	11	37,9	2	6,9	12	41,4	4	13,8
PKĐK (n=29)	17	58,6	5	17,2	6	20,7	1	3,4
Tổng (n=313)	167	53,4	79	25,2	55	17,6	12	3,8

Tỷ lệ cán bộ giám sát của BVĐK có điểm thực hành tốt và khá cao nhất (41,4% và 13,8%), tiếp đó là nhóm cán bộ của TTYT (29,1% và 0%) và PKĐK (20,7% và 3,4%). Số cán bộ có điểm thực hành kém hầu hết đều ở TYT (60,5%) và PKĐK (58,6%). Như vậy số cán bộ tham gia HTGSBTN có thực hành khá trở lên chỉ chiếm 21,4% (17,6%+3,8%), còn lại là số có thực hành trung bình (25,2%) và thực hành kém (53,4%) (Bảng 3.31).

3.2 Hiệu quả một số biện pháp can thiệp nâng cao chất lượng hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm tại quận Đống Đa, Hà Nội

3.2.1 Hiệu quả rút ngắn thời gian phát hiện, chẩn đoán và kiểm soát các trường hợp bệnh sốt xuất huyết Dengue và tử

3.2.1.1 Nâng cao năng lực phát hiện sớm, đáp ứng nhanh với bệnh SXHD

Từ tháng 10/2012 đến tháng 9/2013, hệ thống giám sát BTN quận Đống Đa đã ghi nhận 524 trường hợp nghi mắc SXHD, trong đó có 475 trường hợp được chẩn đoán lâm sàng (91%). Trong 524 trường hợp có: 194 trường hợp điều trị tại các cơ sở y tế ngoài địa bàn quận Đống Đa (37%); 330 trường hợp điều trị tại nhà và tại các cơ sở y tế trên địa bàn quận Đống Đa (63%), cụ thể: 132 trường hợp điều trị tại bệnh viện Đống Đa (25%), 94 trường hợp điều trị tại nhà (18%), 89 trường hợp đến khám và điều trị tại các cơ sở y tế tư nhân trên địa bàn (17%), 10 trường hợp điều trị tại bệnh viện Bạch Mai (2%) và 5 trường hợp khám, điều trị tại các TYT trên địa bàn (1%).

Bảng 3.32 Rút ngắn thời gian phát hiện, điều tra, xét nghiệm và triển khai can thiệp với sốt xuất huyết Dengue

Nội dung	Trước can thiệp TB±ĐLC	Sau can thiệp TB±ĐLC	So sánh (sử dụng ttest và Mann-Whitney test)
Thời gian từ ngày mắc bệnh đến khi đến cơ sở điều trị (ngày)	3,7 ± 1,8	3,0 ± 1,5	p>0,05
Thời gian từ ngày mắc bệnh đến khi được hệ thống phát hiện (ngày)	7,4 ± 3,2	3,9 ± 1,4	p<0,001
Thời gian từ ngày phát hiện đến ngày báo cáo trường hợp bệnh (ngày)	0,3 ± 0,6	0,3 ± 0,5	p>0,05
Thời gian từ ngày phát hiện đến ngày điều tra trường hợp bệnh (ngày)	1,6 ± 1,6	1,1 ± 0,5	p>0,05
Thời gian từ ngày mắc bệnh đến ngày được lấy mẫu xét nghiệm chẩn đoán bệnh (ngày)	5,9 ± 3,4	3,9 ± 1,5	p<0,05
Thời gian từ ngày lấy mẫu đến khi có kết quả xét nghiệm (ngày)	0,8 ± 1,9	0,2 ± 0,4	p>0,05
Thời gian từ ngày mắc bệnh đến khi có kết quả xét nghiệm (ngày)	7,7 ± 4,2	4,0 ± 1,6	p<0,001
Thời gian tính từ ngày mắc BN đầu tiên đến khi xác định ổ dịch (ngày)	9,2 ± 3,5	5,1 ± 1,5	p<0,001
Thời gian tính từ ngày mắc BN đầu tiên đến khi ổ dịch được xử lý lần đầu (ngày)	10,3 ± 3,5	5,9 ± 1,7	p<0,001
Thời gian tính từ ngày mắc BN đầu tiên đến khi ổ dịch kết thúc (ngày)	19,5 ± 4,5	16,9 ± 3,2	p<0,05

Ghi chú: Thời gian trung bình (TB), độ lệch chuẩn (ĐLC).

Số liệu phân tích thời gian phát hiện và xử lý các trường hợp SXHD cho thấy sau khi triển khai các biện pháp can thiệp, khoảng thời gian trung bình kể từ

khi trường hợp đầu tiên mắc bệnh đến khi được hệ thống giám sát phát hiện; từ ngày phát hiện đến ngày báo cáo; từ ngày phát hiện đến ngày điều tra; từ ngày mắc bệnh đến ngày được lấy mẫu xét nghiệm; từ ngày bệnh nhân đầu tiên mắc bệnh đến khi xác định được ổ dịch và từ ngày bệnh nhân đầu tiên mắc bệnh đến khi ổ dịch được kiểm soát đều được rút ngắn đáng kể. Đặc biệt đã rút ngắn thời gian trung bình có ý nghĩa thống kê kể từ ngày mắc bệnh đến khi được hệ thống phát hiện từ $7,4 \pm 3,2$ ngày xuống còn $3,9 \pm 1,4$ ngày, thời gian từ ngày mắc bệnh đến ngày được lấy mẫu xét nghiệm chẩn đoán bệnh từ $5,9 \pm 3,4$ ngày xuống còn $3,9 \pm 1,5$ ngày, thời gian từ ngày mắc bệnh đến khi có kết quả xét nghiệm từ $7,7 \pm 4,2$ ngày xuống còn $4,0 \pm 1,6$ ngày, kết quả đã rút ngắn được thời gian tính từ ngày bệnh nhân đầu tiên mắc bệnh đến khi ổ dịch từ $9,2 \pm 3,5$ ngày đến $5,1 \pm 1,5$ ngày, từ ngày bệnh nhân đầu tiên mắc bệnh đến khi ổ dịch được xử lý lần đầu từ $10,3 \pm 3,5$ ngày xuống còn $5,9 \pm 1,7$ ngày và thời gian tính từ ngày bệnh nhân đầu tiên mắc bệnh đến khi ổ dịch kết thúc từ $19,5 \pm 4,5$ ngày xuống còn $16,9 \pm 3,2$ ngày (Bảng 3.32).

Bảng 3.33 Độ nhạy và giá trị chẩn đoán dương tính trong giám sát sốt xuất huyết Dengue

Nội dung	Trước can thiệp (%)	Sau can thiệp (%)	Chỉ số hiệu quả (%)	P
Độ nhạy	59,3	71,0	20	$p < 0,05$
Giá trị chẩn đoán dương tính	94,6	99,5	5	$p > 0,05$

Độ nhạy của HTGSBTN quận Đống Đa trong giám sát SXHD tăng từ 59,3% trước khi triển khai các biện pháp can thiệp lên 71% sau can thiệp với chỉ số hiệu quả đạt 20%. Tương tự như vậy, giá trị chẩn đoán dương tính đã được gia tăng tới 99,5% sau can thiệp.

Ý kiến trả lời phỏng vấn sâu về hiệu quả can thiệp rút ngắn thời gian phát hiện, điều tra trường hợp bệnh cho thấy: “Chúng tôi có mạng lưới hệ

thống cộng tác viên nên chỉ tiêu phát hiện sớm trong vòng 7 ngày chúng tôi làm được và các chỉ tiêu kia cũng không vấn đề gì” (Trạm trưởng TYT C)

Các cán bộ giám sát đều cho rằng việc chuyển giao kỹ thuật xét nghiệm nhanh cho tuyến quận cũng giúp cho khả năng phát hiện sớm cải thiện đáng kể, *“trước đây phát hiện được bệnh nhân, lấy mẫu xét nghiệm, một hai ngày sau mới chuyển được lên TTYTDP Hà Nội, thành phố lại chuyển mẫu sang Viện Trung ương, nhiều khi đến cả tuần mới có được kết quả xét nghiệm”,* khi *“TTYT quận có khoa xét nghiệm, có cán bộ sẵn sàng tiếp nhận những kỹ thuật xét nghiệm nhanh để chẩn đoán bệnh, xét nghiệm chủ động tại cơ sở đã giúp chúng tôi phát hiện trường hợp bệnh sớm hơn, triển khai các biện pháp chống dịch kịp thời hơn”* (Lãnh đạo TTYT quận).

3.2.1.2 Rút ngắn thời gian phát hiện và đáp ứng với các trường hợp nghi tả

Bảng 3.34 Thời gian phát hiện, điều tra và báo cáo trường hợp bệnh nghi tả

Nội dung	Thời gian trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (ngày)
Thời gian từ ngày mắc bệnh đến khi đến cơ sở điều trị	1,1 $\pm$ 0,8
Thời gian từ ngày mắc bệnh đến khi được hệ thống phát hiện	1,6 $\pm$ 0,9
Thời gian từ ngày phát hiện đến ngày báo cáo trường hợp bệnh	0,2 $\pm$ 0,4
Thời gian từ ngày phát hiện đến ngày điều tra trường hợp bệnh	0,5 $\pm$ 0,7
Thời gian từ ngày mắc bệnh đến ngày được lấy mẫu xét nghiệm chẩn đoán bệnh, xử lý	2,1 $\pm$ 1,0
Thời gian từ ngày lấy mẫu đến khi có kết quả xét nghiệm	1,2 $\pm$ 0,4
Thời gian từ ngày mắc bệnh đến khi có kết quả xét nghiệm	3,1 $\pm$ 1,1

Từ tháng 10/2012 đến tháng 9/2013, hệ thống giám sát tại quận Đống Đa đã phát hiện 43 trường hợp bệnh nhân nghi tả, phân bố rải rác từ tháng 5 đến tháng 9 năm 2013. Có 37 trường hợp (86%) được hệ thống giám sát tại quận Đống Đa phát hiện, trong đó quá nửa được phát hiện tại các TYT

phường; 6 trường hợp (14%) được phát hiện tại các bệnh viện Trung ương. Tất cả các trường hợp nghi tả phát hiện được lấy mẫu xét nghiệm, kết quả không có trường hợp nào xét nghiệm dương tính với tả. Do không có trường hợp nghi tả được khẳng định nên không có số liệu so sánh trước và sau khi triển khai các biện pháp can thiệp, nghiên cứu đã dựa trên các quy định của Bộ Y tế đối với BTN thuộc nhóm A để so sánh hiệu quả can thiệp. Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian trung bình kể từ khi người bệnh phát hiện nghi ngờ mắc tả đến khi họ đến các cơ sở điều trị là $1,1 \pm 0,8$ ngày; thời gian trung bình kể từ ngày mắc bệnh đến khi được HTGS phát hiện là $1,6 \pm 0,9$ ngày; thời gian trung bình kể từ ngày phát hiện đến ngày báo cáo trường hợp bệnh là $0,2 \pm 0,4$ ngày; thời gian trung bình tính từ ngày phát hiện đến ngày điều tra trường hợp bệnh là $0,5 \pm 0,7$ ngày, đáp ứng quy định của Bộ Y tế đối với các bệnh nhóm A (báo cáo ngay khi phát hiện trường hợp bệnh và điều tra trong vòng 24 giờ kể từ khi phát hiện). Thời gian trung bình từ ngày nghi mắc bệnh đến ngày được lấy mẫu xét nghiệm chẩn đoán bệnh, xử lý là $2,1 \pm 1,0$ ngày; thời gian trung bình kể từ ngày lấy mẫu đến khi có kết quả xét nghiệm là $1,2 \pm 0,4$ ngày và thời gian trung bình từ ngày mắc bệnh đến khi có kết quả xét nghiệm là $3,1 \pm 1,1$ (Bảng 3.34).

3.2.1.3 Cải thiện chất lượng báo cáo giám sát bệnh truyền nhiễm

Bảng 3.35 Cải thiện chất lượng báo cáo tuần và báo cáo tháng của các TYT

Nội dung	Trước can thiệp (%)	Sau can thiệp (%)	Chỉ số hiệu quả (%)	p
Báo cáo tuần				
Số báo cáo được thực hiện	76,5	100	30,8	$p < 0,05$
Báo cáo đúng hạn	72,5	98,9	34,6	$p < 0,05$
Báo cáo đầy đủ thông tin	61,9	100	61,5	$p < 0,05$
Báo cáo tháng				
Số báo cáo được thực hiện	98,0	100	2,0	$p > 0,05$
Báo cáo đúng hạn	98,0	100	2,0	$p > 0,05$
Báo cáo đầy đủ thông tin	57,9	100	72,7	$p < 0,05$

Chất lượng báo cáo tuần và tháng của các TYT được cải thiện rõ rệt sau khi can thiệp: 100% TYT thực hiện báo cáo tuần và báo cáo tháng với tỷ lệ báo cáo đúng hạn đạt từ 98,9% đến 100%, chỉ số hiệu quả đạt 34,6% đối với báo cáo tuần và 2,0 đối với báo cáo tháng. Tỷ lệ các báo cáo chứa đầy đủ thông tin cần thiết như yêu cầu đều đạt 100% với chỉ số hiệu quả đạt 61,5% - 72,7% và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.36 Cải thiện chất lượng báo cáo tuần và báo cáo tháng của TTYT

Nội dung	Trước can thiệp (%)	Sau can thiệp (%)	Chỉ số hiệu quả (%)	p
Báo cáo tuần				
Số báo cáo được thực hiện	98,1	100	2,0	$p > 0,05$
Báo cáo đúng hạn	19,2	100	420	$p < 0,001$
Báo cáo đầy đủ thông tin	50,0	100	100	$p < 0,05$
Báo cáo tháng				
Số báo cáo được thực hiện	83,3	100	20	$P < 0,05$
Báo cáo đúng hạn	20,0	100	400	$p < 0,001$
Báo cáo đầy đủ thông tin	60,0	100	66,7	$p < 0,05$

Chất lượng thực hiện các báo cáo giám sát dịch bệnh định kỳ của TTYT quận Đống Đa cũng được cải thiện rõ rệt sau can thiệp với 100% báo cáo tuần và báo cáo tháng được thực hiện, đặc biệt gia tăng được tỷ lệ báo cáo đúng hạn lên 100%, tăng từ 80% đến 80,8% với chỉ số hiệu quả đạt từ 400 - 420% và tăng tỷ lệ báo cáo đầy đủ thông tin lên đến 100% với chỉ số hiệu quả đạt 100%, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) (Bảng 3.36).

3.2.1.4 Hiệu quả cải thiện kỹ năng phân tích số liệu giám sát bệnh truyền nhiễm

Bảng 3.37 Cải thiện năng lực phân tích số liệu BTN của các TYT

Nội dung	Tỷ lệ trước can thiệp (%)	Tỷ lệ sau can thiệp (%)	Chỉ số hiệu quả (%)	p
Tỷ lệ các đơn vị thực hiện phân tích số liệu bệnh truyền nhiễm	30	100	233	p<0,001
Tỷ lệ các đơn vị phân tích số liệu theo tỷ lệ mắc/dân số	5	61,9	1138	p<0,001
Tỷ lệ các đơn vị phân tích số liệu theo tỷ lệ chết/mắc	5	100	1900	p<0,001
Tỷ lệ các đơn vị phân tích số liệu theo thời gian	25	100	300	p<0,001
Tỷ lệ các đơn vị phân tích số liệu theo địa điểm	25	100	300	p<0,001
Tỷ lệ các đơn vị phân tích số liệu theo con người	10	100	900	p<0,001

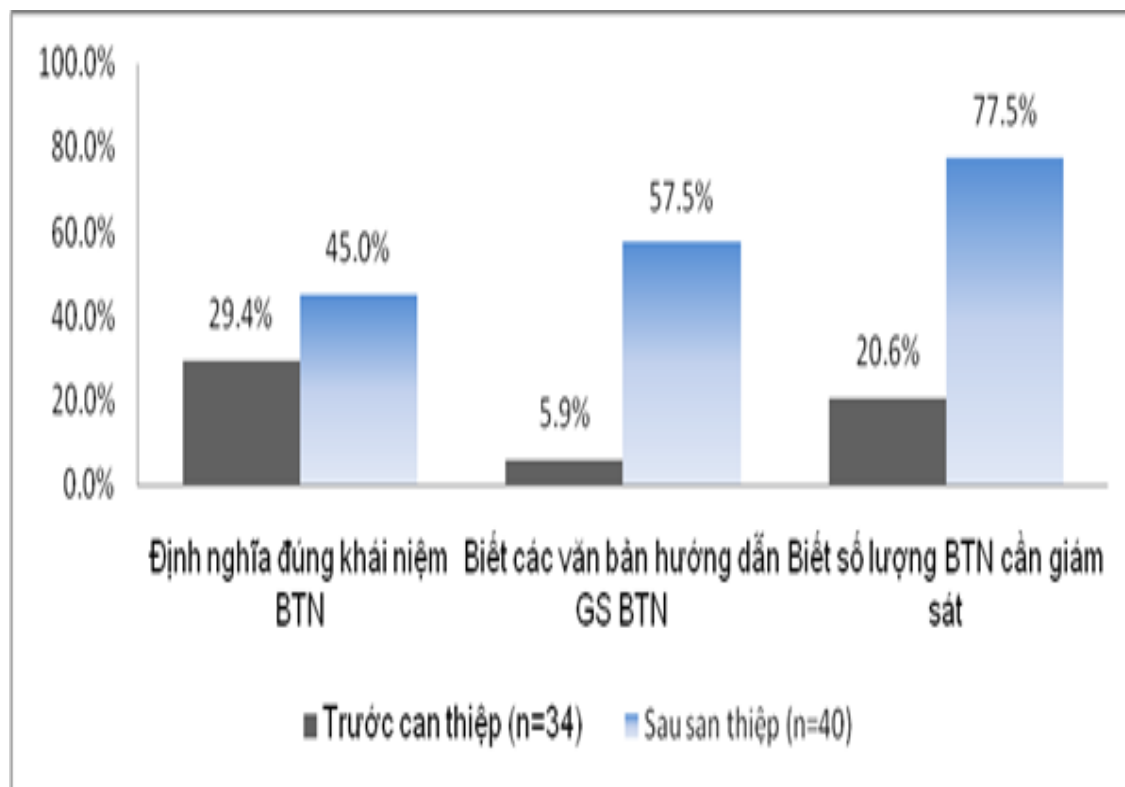
Kết quả đánh giá sau can thiệp cho thấy kỹ năng phân tích số liệu giám sát BTN tại các TYT được cải thiện rõ rệt: 100% TYT biết cách phân tích số liệu BTN theo các yếu tố như tỷ lệ chết/mắc, theo các yếu tố thời gian, địa điểm, con người. Chỉ số hiệu quả cải thiện đạt rất cao từ 233% - 1900% với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001 (Bảng 3.37).

Kết quả phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm cho thấy việc triển khai các biện pháp can thiệp phù hợp với thực trạng của địa phương, “Hà Nội là nơi có cơ sở khám chữa bệnh rất nhiều, bệnh nhân mắc bệnh truyền nhiễm có thể đến khám, điều trị ở bất cứ cơ sở nào; trước đây sự phối hợp giữa các cơ sở điều trị và các đơn vị dự phòng rất hạn chế cho nên việc phát hiện sớm được bệnh nhân rất khó khăn, khi triển khai các biện pháp can thiệp, phân định rõ trách nhiệm và nhiệm vụ của từng tuyến đơn vị nên đã giúp cho sự phối hợp giữa các đơn vị tốt hơn, tất cả các đơn vị đã biết rõ vai trò, nhiệm vụ của mình, biết khi nào phải báo cáo, báo cáo cho ai, điều tra, xử lý như thế nào;

đặc biệt sự phối hợp nhịp nhàng giữa các tuyến rất quan trọng trong việc đảm bảo kiểm soát được bệnh truyền nhiễm” (Lãnh đạo TTYT quận).

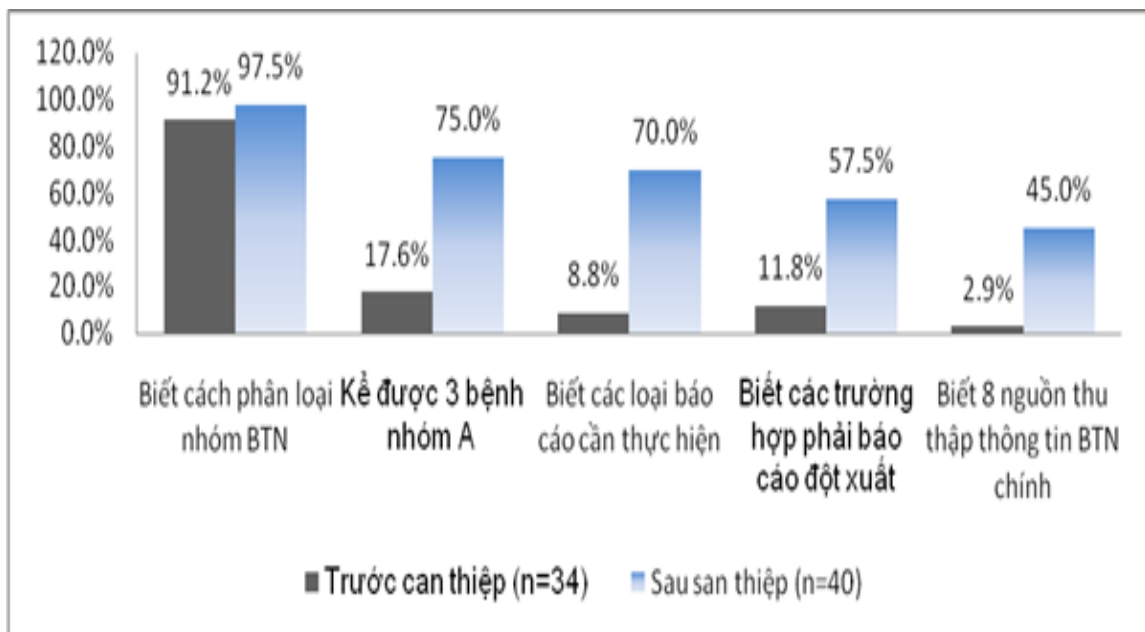
3.2.2 Nâng cao kiến thức, thực hành của cán bộ giám sát quận Đống Đa

3.2.2.1 Mức độ cải thiện kiến thức, thực hành của cán bộ giám sát tại các Trạm Y tế



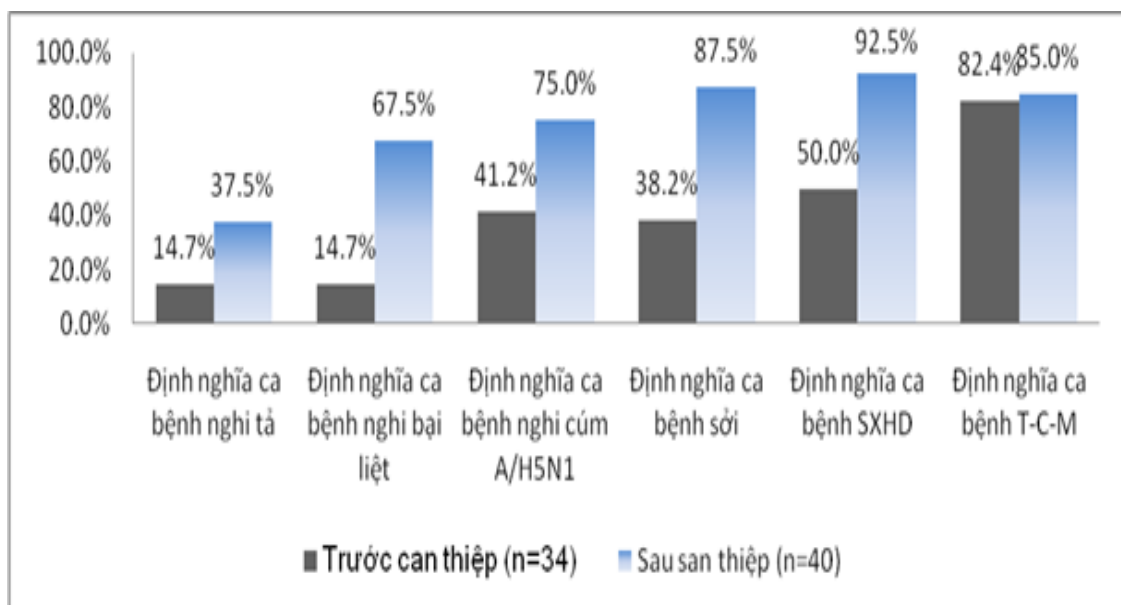
Biểu đồ 3.17 Mức độ cải thiện kiến thức của cán bộ giám sát về một số nội dung hướng dẫn giám sát bệnh truyền nhiễm sau can thiệp

Tại các TYT phường sau khi can thiệp, mức độ hiểu biết của cán bộ giám sát về nội dung hướng dẫn giám sát BTN tăng đáng kể so với trước can thiệp. Tỷ lệ cán bộ có định nghĩa đúng về khái niệm BTN tăng từ 29,4% lên 45% (chỉ số hiệu quả 53%). Tỷ lệ cán bộ biết số lượng bệnh truyền nhiễm cần giám sát tăng từ 20,6% lên 77,5% (chỉ số hiệu quả 276,4%). Tỷ lệ cán bộ giám sát sau can thiệp nắm vững được nội dung các văn bản hướng dẫn giám sát BTN tăng gần 10 lần từ 5,9% lên 57,5% (chỉ số hiệu quả 887,5%) (Biểu đồ 3.17).



Biểu đồ 3.18 Mức độ cải thiện kiến thức của cán bộ giám sát về phân loại bệnh truyền nhiễm, các loại báo cáo cần thực hiện sau can thiệp

Tỷ lệ cán bộ TYT biết được cách phân loại các nhóm bệnh truyền nhiễm theo quy định, nhất là kể được 3 bệnh trong nhóm A gia tăng đáng kể sau can thiệp (từ 17,6% lên 75%); số cán bộ giám sát biết đầy đủ các loại báo cáo cần thực hiện tăng từ 8,8% lên 70% (chỉ số hiệu quả: 693,3%).



Biểu đồ 3.19 Mức độ cải thiện nâng cao kiến thức của cán bộ giám sát về định nghĩa các trường hợp bệnh truyền nhiễm sau can thiệp

Tỷ lệ cán bộ giám sát biết được các trường hợp cần báo cáo đột xuất tăng từ 11,8% lên 57,5% (chỉ số hiệu quả: 388,8%) và biết được đầy đủ các nguồn thu thập thông tin chính tăng từ 2,9% lên 45% (chỉ số hiệu quả: 1430%) (Biểu đồ 3.19).

Tỷ lệ cán bộ nêu đúng và đầy đủ định nghĩa trường hợp BTN đều gia tăng rõ rệt sau can thiệp. Chỉ số hiệu quả dao động từ 82,1% đối với tỷ lệ biết định nghĩa trường hợp bệnh nghi cúm A đến 155% đối với định nghĩa trường hợp bệnh tả và đạt cao nhất đối với trường hợp bệnh nghi bại liệt (359%).

Ý kiến trả lời phỏng vấn sâu của hầu hết cán bộ lãnh đạo TYT đều cho rằng việc áp dụng các định nghĩa trường hợp bệnh rất phù hợp, các đơn vị đã đạt các chỉ tiêu của giám sát, “việc phát hiện không khó khăn lắm mặc dù đông bệnh nhân” (Trạm trưởng TYT A); “Chỗ chúng tôi có mấy trường hợp nhưng không có ổ dịch nào, các chỉ tiêu đều đạt được hết” (Trạm trưởng TYT B).

Bảng 3.38 Mức độ cải thiện kiến thức và thực hành về giám sát bệnh truyền nhiễm của cán bộ Trạm Y tế sau can thiệp

Chỉ số	Trước can thiệp	Sau can thiệp	Trung bình khác biệt	p (*)
Trung bình điểm kiến thức (thang điểm 71)	44,1	56,5	12,4 (8,5 - 16)	<0,0001
Trung bình điểm thực hành (thang điểm 10)	4,5	6,6	2,0 (1,4 - 2,6)	<0,0001

(*) Sử dụng kiểm định t không ghép cặp (Independent-Sample T Test)

Số liệu so sánh nêu tại Bảng 3.38 cho thấy có sự tiến bộ đáng kể về kiến thức và thực hành giám sát BTN của cán bộ giám sát dịch tễ tại các TYT phường sau can thiệp so với thời điểm trước can thiệp ($p < 0,0001$). Trung bình sự khác biệt về điểm kiến thức và thực hành giữa trước và sau can thiệp là 12,4 điểm và 2,0 điểm với khoảng tin cậy 95% là 8,5-16 và 1,4-2,6.

Đối với các cơ sở điều trị, trước can thiệp nhiều đơn vị hầu như không biết đến các quy định về báo cáo BTN theo Thông tư 48/2010/TT-BYT của Bộ Y tế, các đơn vị có biết thì cũng không hiểu phải báo cáo như thế nào, sau khi được phổ biến, tập huấn, các cơ sở điều trị cho biết *“chúng tôi thấy các phương án các anh đề ra là rất hay bởi vì khi mà chúng ta có thể phát hiện được sớm, chúng ta có thể xử lý được ngay; đơn vị chúng tôi cũng đã có người phụ trách, chuyên trách hẳn hoi về vấn đề báo cáo dịch thường xuyên; tôi thấy hệ thống này nên phát triển đến tận những đơn vị nhỏ nữa”* (Đại diện BV A).

Các phòng khám đa khoa tư nhân cũng cho rằng *“Tổ chức hệ thống này để triển khai tất cả các phòng khám, tất cả các trung tâm y tế, những cơ sở y tế là rất là tốt”* (Đại diện PKĐK A).

3.2.2.2 Hiệu quả nâng cao kiến thức, thực hành giám sát bệnh truyền nhiễm của cán bộ giám sát tại TTYT quận Đống Đa

Bảng 3.39 Mức độ nâng cao kiến thức và thực hành giám sát bệnh truyền nhiễm của cán bộ giám sát tại TTYT

Chỉ số	Trước can thiệp	Sau can thiệp	Trung bình khác biệt	p (*)
Trung bình điểm kiến thức (thang điểm 100)	69,25	96,25	26,75 (4,5 – 49)	0,042
Trung bình điểm thực hành (thang điểm 10)	6,75	7,75	0,75 (-10 – 8,7)	0,5

(*) Sử dụng kiểm định t ghép cặp (Paired-Samples T Test)

Sau can thiệp, trung bình điểm kiến thức về giám sát BTN của cán bộ giám sát tại TTYT quận tăng 26,75 đơn vị điểm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), trong khoảng tin cậy 95% từ 4,5 đến 49 đơn vị điểm.

Chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê đối với điểm thực hành sau can thiệp ($p = 0,5$) mặc dù điểm trung bình tăng 0,75 đơn vị điểm với khoảng tin cậy 95% từ -10 đến 8,7 đơn vị điểm (Bảng 3.39).

Tuy nhiên, một số ý kiến cũng cho rằng để duy trì tốt được hệ thống cần phải có sự quan tâm hơn của các cấp chính quyền “*chương trình muốn thực hiện được tốt thì phải có chính quyền, y tế thực hiện chuyên môn nhưng mà để thực hiện tốt thì phải là chính quyền tham gia, họ phải có quan tâm*” (Ông Trạm trưởng TYT D).

CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN

4.1 Thực trạng hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm Hà Nội

4.1.1 Cấu trúc, tổ chức của hệ thống giám sát Hà Nội

- Tình hình áp dụng các văn bản hướng dẫn giám sát bệnh truyền nhiễm:

Đáp ứng việc thực thi các hoạt động theo IHR, các hệ thống văn bản chính sách của Việt Nam liên quan đến hoạt động kiểm dịch y tế, giám sát BTN đã được ban hành khá đầy đủ trong những năm qua. Tại Việt Nam, danh sách BTN cần giám sát được quy định cao nhất trong Luật Phòng, chống BTN năm 2007 và Thông tư 07/2012/TT-BYT của Bộ Y tế ngày 14/5/2012 về Danh mục vi sinh vật gây bệnh truyền nhiễm theo nhóm nguy cơ và cấp độ an toàn sinh học phù hợp kỹ thuật xét nghiệm. Theo quy định, BTN được chia thành 3 nhóm bệnh A, B và C. Danh sách 26 BTN cần giám sát được quy định bằng văn bản đầu tiên khi có chỉ thị số 10/1998/CT-BYT ngày 28/12/1998 của Bộ Y tế, tiếp theo được hoàn chỉnh bằng Quyết định số 4880/2002/QĐ-BYT. Từ tháng 15/02/2011, HTGSBTN tại Việt Nam thực hiện theo Thông tư 48/2010/TT-BYT của Bộ Y tế với tổng số bệnh cần giám sát tăng lên là 28 bệnh. Các bệnh được bổ sung vào hệ thống giám sát là tay chân miệng, bệnh do liên cầu lợn ở người, Rubella, Cúm A/H5N1. Đây là nhóm bệnh mới xuất hiện hoặc có xu hướng tăng lên trong vòng 5 năm qua.

Trước đây, HTGSBTN tại Hà Nội được thực hiện theo Quyết định số 4880/2002/QĐ-BYT của Bộ Y tế. Từ năm 2007, chính phủ đã ban hành Luật phòng chống bệnh truyền nhiễm [19], từ năm 2011 hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm được tổ chức và triển khai thực hiện theo Thông tư 48/2010/TT-BYT ngày 31/12/2010 của Bộ Y tế. Để hướng dẫn các đơn vị thực hiện 48/2010/TT-BYT, Sở Y tế Hà Nội đã có công văn số 523/NVY-SYT ngày 13/6/2011 về thực hiện báo cáo tình hình bệnh nhân mắc bệnh dịch nhằm hướng dẫn thực hiện giám sát bệnh truyền nhiễm cho tất cả các đơn vị cả dự

phòng và điều trị trên đại bàn Thành phố. Hiện nay, Thông tư số 54/2015/TT-BYT ngày 28/12/2015 về “Hướng dẫn chế độ thông tin báo cáo và khai báo bệnh, dịch bệnh truyền nhiễm” [23] đã được áp dụng thay thế Thông tư 48/2010/TT-BYT, chú trọng đến báo cáo trường hợp bệnh và quy định áp dụng hình thức báo cáo trực tuyến bên cạnh các hình thức báo cáo khác.

Tại thời điểm thực hiện nghiên cứu, 100% các TTYT quận, huyện đều có tài liệu Luật phòng chống bệnh truyền nhiễm, trong khi chỉ có 51,3% TYT xã, phường và 26,9% các bệnh viện và PKĐK tư nhân có văn bản này. Tương tự như vậy, Thông tư 48/2010/TT-BYT của Bộ Y tế được 100% TTYT quận, huyện sử dụng trong khi chỉ có 67,8% TYT xã, phường có tài liệu này, khối bệnh viện chỉ 46% đơn vị có. Đối với Hướng dẫn của Sở Y tế Hà Nội chỉ có 51,7% TTYT quận, huyện có, TYT xã, phường chỉ có 10,4% đơn vị có tài liệu và khối bệnh viện, phòng khám đa khoa có 30,2% đơn vị có tài liệu. Như vậy độ bao phủ các văn bản và nội dung cần thiết cho giám sát BTN vẫn là vấn đề đối với tuyến xã, phường và đặc biệt đối với các đơn vị khám chữa bệnh.

Đã có khá đầy đủ các văn bản quy định vai trò, chức năng nhiệm vụ của các đơn vị tham gia trong HTGSBTN, cụ thể về quy trình báo cáo, trong đó quy định các đơn vị y tế cơ quan, phòng khám tư nhân, các cơ sở chẩn đoán có trách nhiệm thông báo kịp thời các trường hợp nghi mắc bệnh truyền nhiễm cho Trạm Y tế, Trung tâm Y tế quận, huyện để thực hiện điều tra, xác minh, ghi nhận thông tin và khai báo bệnh, nhưng các nghiên cứu trước đó cũng cho thấy việc phối hợp giữa hệ điều trị và dự phòng trong giám sát BTN trên thực tế vẫn chưa theo quy định. Nhiều bệnh viện các tuyến vẫn thiếu sự hợp tác với các đơn vị dự phòng đặc biệt trong vấn đề chia sẻ thông tin, báo cáo trường hợp bệnh, chia sẻ bệnh phẩm, thống kê báo cáo cũng như xét nghiệm và xử lý dịch.

- Cấu trúc của hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm Hà Nội:

Kết quả đánh giá thực trạng hoạt động của Hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm tại Hà Nội cho thấy hệ thống có cấu trúc rõ ràng, bước đầu đáp ứng được công tác phòng chống dịch bệnh: tuyến thành phố và quận, huyện đều có các khoa đầu mối thực hiện; 100% TYT xã, phường đã bố trí cán bộ phụ trách giám sát dịch, tuy nhiên 62,6% cán bộ kiêm nhiệm. Tại tuyến thành phố (Trung tâm Y tế dự phòng Hà Nội) phân công Khoa Kiểm soát bệnh truyền nhiễm và vắc xin sinh phẩm chịu trách nhiệm về chuyên môn nghiệp vụ trong việc tổ chức giám sát bệnh truyền nhiễm toàn Thành phố, Khoa phân công 21 bác sỹ thực hiện việc giám sát BTN tại các bệnh viện Trung ương, bệnh viện tuyến Thành phố và bệnh viện Bộ, Ngành đóng trên địa bàn Hà Nội, có tổ thống kê gồm 6 người làm nhiệm vụ thống kê, phân tích số liệu giám sát bệnh truyền nhiễm toàn Thành phố.

Tại các TTYT quận, huyện, đơn vị chịu trách nhiệm chính tổ chức giám sát BTN là Khoa Kiểm soát dịch bệnh và HIV/AIDS. Mỗi TTYT quận, huyện đều có 1 cán bộ chuyên trách giám sát và một cán bộ hỗ trợ trong công tác thống kê báo cáo dịch. Mỗi TTYT cũng có 1 Khoa Xét nghiệm và có 1 cán bộ chuyên lấy mẫu bệnh phẩm xét nghiệm BTN.

Tại tuyến xã, hầu hết mỗi TYT đều bố trí 1 cán bộ làm công tác giám sát và phòng chống BTN. Tuy nhiên do các TYT thực hiện trên 30 chương trình y tế bao gồm 11 chương trình y tế Quốc gia và các chương trình y tế của thành phố Hà Nội, với số lượng cán bộ y tế ở Trạm khá ít nên hầu hết mỗi cán bộ phải kiêm nhiệm thực hiện nhiều chương trình y tế khác nhau.

Các bệnh viện, phòng khám đa khoa cũng chưa thực hiện đúng chức năng, nhiệm vụ về công tác phòng, chống dịch bệnh theo quy định: chỉ có 46,6% đơn vị áp dụng Thông tư 48/2010/TT-BYT của Bộ Y tế, 52,4% đơn vị có mẫu báo cáo tháng, 42,9% đơn vị có mẫu báo cáo tuần, 23,8% đơn vị có

mẫu báo cáo ngày và không có đơn vị nào thực hiện phân tích, phiên giải số liệu bệnh truyền nhiễm.

- Nhân lực của hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm Hà Nội:

Nhân lực là nhân tố quan trọng đảm bảo chất lượng các hoạt động giám sát. Nhân lực tại các TTYT quận, huyện được tổ chức theo Thông tư 08/2007/TTLB-BYT-BNV [40] tương tự như các tỉnh thành khác, với địa bàn dân cư hiện nay số nhân lực này chưa đáp ứng với yêu cầu của công tác y tế dự phòng. Tại thời điểm nghiên cứu (năm 2011-2012), tỷ lệ bác sĩ của Trung tâm Y tế dự phòng Thành phố là 28,9%, Trung tâm Y tế quận, huyện là 16%. Theo Thông tư 08/2007/TTLB-BYT-BNV quận, huyện có từ 150.000 dân đến 200.000 dân thì biên chế cán bộ y tế của TTYT quận, huyện từ 36-40 cán bộ, trong số này có một giám đốc, ba phó giám đốc và số còn lại làm việc trực tiếp tại 05 khoa, phòng chức năng, tuy nhiên dân số của một số quận, huyện rất lớn như quận Đống Đa 352.000 dân (hộ khẩu thường trú), nhiều quận, huyện có 24-32 Trạm Y tế (Ba Vì, Chương Mỹ) với địa bàn rộng nên việc quản lý của Trung tâm Y tế đối với Trạm Y tế khó khăn. Tại TTYT, cán bộ làm công tác giám sát ngoài việc giám sát dịch chống dịch là nhiệm vụ trọng tâm, các cán bộ này còn tham gia quản lý các chương trình y tế trong tổng số hơn 30 chương trình khác nhau nên gặp nhiều khó khăn trong triển khai hoạt động giám sát BTN. Nhiều TTYT quận, huyện do thiếu cán bộ nên cán bộ có trình độ đại học vừa chịu trách nhiệm lãnh đạo đơn vị lại kiêm nhiệm công tác quản lý khoa, phòng và trực tiếp làm chuyên môn. Việc tuyển đủ chỉ tiêu bác sĩ hay nhân lực có trình độ là rất khó, nguyên nhân là do các TTYT quận, huyện là đơn vị sự nghiệp không có thu, chỉ có lương cơ bản và phụ cấp độc hại nên không thu hút được cán bộ. Giải pháp nâng cao năng lực y tế tuyến huyện là tự đào tạo bác sĩ chuyên tu, nhưng do hạn chế về kinh phí nên khó thực hiện hoặc thực hiện không đầy đủ. Tại Hà Nội, nhìn chung, nhân lực y tế

của các đơn vị các tuyến đều đủ về số lượng, nhưng còn hạn chế về chuyên môn, phần lớn bác sỹ làm việc tại các cơ sở bệnh viện và PKĐK, chỉ có 95 bác sỹ tham gia hoạt động giám sát bệnh dịch. Hiện nay mạng lưới cán bộ chuyên trách dịch tễ tuyến quận, huyện chủ yếu là y sỹ và cán bộ điều dưỡng. Tình trạng này tương tự với các tỉnh, thành phố trong cả nước, như kết quả đánh giá của Nguyễn Văn Bình và CS tại 20 tỉnh, thành phố với 10/20 TTYTDP tỉnh đáp ứng nhu cầu nhân lực theo Thông tư 08/2007/TTLB-BYT-BNV, 60% TTYT huyện có đủ số lượng nhân lực [2].

Kết quả khảo sát nhân lực tại các TYT cho thấy trung bình mỗi Trạm có 5-8 cán bộ y tế, tương đương với số lượng này ở các tỉnh, thành phố khác, tuy nhiên tỷ lệ đơn vị có bác sỹ trong nghiên cứu của chúng tôi tại 115 TYT (84,3%) cao hơn nhiều so với tỷ lệ này ở nghiên cứu của Nguyễn Văn Bình và CS (57,5%) [2] và cao hơn so với mức trung bình của toàn quốc năm 2010 (67,7%) [51]. Phần lớn cán bộ giám sát dịch của Trạm Y tế kiêm nhiệm (62,6%) nhiều nhiệm vụ khác như phụ trách chương trình y tế trong tổng số 38 chương trình y tế phải triển khai, chỉ 35,7% Trạm Y tế có cán bộ chuyên trách phòng chống dịch. Đối với yêu cầu công tác phòng chống dịch, lực lượng nhân sự như vậy không đáp ứng đầy đủ, tuy nhiên, để giải quyết hạn chế này, thay vì tăng số lượng cán bộ tại TYT, có thể nâng cao năng lực của lực lượng cán bộ có sẵn và sử dụng đội ngũ nhân viên y tế thôn bản tham gia các hoạt động giám sát dịch bệnh. Đây cũng là nhận định của cán bộ giám sát khi được phỏng vấn, họ cho rằng các khó khăn trong công tác phòng chống dịch tại đơn vị hiện nay chủ yếu là do thiếu cán bộ có chuyên môn về dịch tễ, cán bộ xét nghiệm BTN.

- Sự phối hợp giữa các đơn vị trong giám sát bệnh truyền nhiễm:

Quy định về phối hợp trong báo cáo dịch bệnh nêu tại Thông tư 48/2010/TT-BYT cũng như Thông tư 54/2015/TT-BYT [23] đều chỉ rõ vai trò

của các cơ sở y tế trong hoạt động phát hiện, báo cáo các trường hợp nghi mắc bệnh truyền nhiễm cho cơ quan y tế dự phòng để điều tra, xác minh trong vòng 24 giờ. Trường hợp xác định thông tin đó là chính xác, cơ quan y tế dự phòng phải báo cáo cho cơ quan quản lý nhà nước về y tế nơi xảy ra dịch quy định tại Khoản 2 Điều 47 Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm và báo cáo vào hệ thống báo cáo trực tuyến của Bộ Y tế. Để có thể đáp ứng với quy định này, ngoài việc gọi điện hoặc thông báo trực tiếp, cách thức phối hợp của TTYT quận, huyện với các đơn vị thường là tổ chức họp giao ban tháng, quý với đơn vị phối hợp để báo cáo khi có trường hợp bệnh ổ dịch. Tuy nhiên báo cáo của các đơn vị cho TTYT quận, huyện không thường xuyên nên chủ yếu cán bộ TTYT quận, huyện phải chủ động sang các bệnh viện, phòng khám và các cơ sở điều trị khác để thu thập số liệu bệnh truyền nhiễm. Kết quả khảo sát thực trạng phối hợp của các đơn vị trong HTGSBTN Hà Nội trong nghiên cứu này cho thấy tất cả 29 TTYT quận, huyện đều phối hợp với TYT xã, phường; 24/29 TTYT phối hợp với các bệnh viện công, 22/29 TTYT phối hợp với các đơn vị y tế trường học, cơ quan và các đơn vị thú y và 18/29 phối hợp với các PKĐK tư nhân. Nhưng chỉ có 12/29 TTYT quận, huyện có phối hợp với các cơ sở xét nghiệm và 6 TTYT có phối hợp với các bệnh viện tư nhân trên địa bàn. Việc tổ chức họp giao ban định kỳ giữa các đơn vị y tế dự phòng được thực hiện thường xuyên, tuy nhiên với các bệnh viện và các đơn vị khác trong hệ thống chỉ 1/3 số TTYT quận, huyện thực hiện. Như vậy vẫn còn khoảng trống trong việc phối hợp giám sát giữa các TTYT và các bệnh viện tư nhân cũng như Phòng Khám đa khoa trên địa bàn.

Các TYT xã, phường hoạt động chủ yếu dựa vào mạng lưới y tế thôn bản và cộng tác viên, do vậy tỷ lệ các TYT có phối hợp với những thành viên trong mạng lưới khá cao (70,4% với y tế thôn bản và 83,5% với các cộng tác viên). Nhưng tỷ lệ TYT có phối hợp với các đơn vị y tế khác trên địa bàn vẫn

còn hạn chế, chỉ có 58,3% TYT phối hợp với các đơn vị thú y, 44,3% phối hợp với các PKĐK tư nhân và 49,6% phối hợp với các Ban, ngành, đoàn thể khác tại địa phương trong giám sát BTN. Tương tự như vậy là tình hình hợp trao đổi định kỳ hàng tháng và hàng quý của các TYT với các đơn vị phối hợp: 18,3% TYT tổ chức họp hàng tháng với các đơn vị thú y và 27,8% TYT có họp với các PKĐK. Đây là vấn đề cần được cải thiện trong hoạt động phối hợp giám sát bệnh truyền nhiễm của hệ thống.

Trong Thông tư 48/2010/TT-BYT của Bộ Y tế đã quy định rõ hệ thống y tế tư nhân cũng phải tham gia vào hệ thống giám sát như là hệ thống y tế công lập, tuy nhiên sự tham gia của hệ thống tư nhân còn nhiều hạn chế. Theo kết quả điều tra Y tế quốc gia năm 2002, tỷ lệ người bệnh đến khám tại các cơ sở y tế tư nhân khá lớn chiếm 45,6% [1]. Nghiên cứu của Nguyễn Phương Liên và cộng sự (năm 2008-2009) cũng cho thấy nguồn số liệu báo cáo khẩn cấp chiếm 81,3%-100% từ bệnh viện [40], trong khi đó hệ thống y tế tư nhân chưa thực sự tham gia và các hoạt động giám sát, báo cáo trường hợp bệnh trên địa bàn, dẫn đến việc thiếu hụt các số liệu BTN. Như vậy số liệu nguồn giám sát BTN tại các tuyến trong thực tế chưa đầy đủ, đây là vấn đề cần quan tâm cải thiện. Bên cạnh đó, các hoạt động giám sát PCD cũng chưa thực sự huy động hết các nguồn lực trong xã hội nhằm từng bước đẩy mạnh việc xã hội hóa ngành Y tế theo định hướng chiến lược xây dựng và phát triển ngành Y tế đến năm 2020 [11].

4.1.2 Thực trạng thực hiện chức năng chính của hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm Hà Nội

- Thực trạng hoạt động giám sát của HTGSBTN:

Trong thông tư 48/2010/TT-BYT của Bộ Y tế quy định đơn vị y tế tại các công nông trường, xí nghiệp, nhà máy, cơ quan, trường học (sau đây gọi tắt là y tế cơ quan), bệnh viện huyện, các PKĐK tư nhân có trách nhiệm tổng

hợp, xác minh và báo cáo số liệu BTN tại cơ sở mình cho TTYT quận, huyện. Các bệnh viện đóng trên địa bàn tỉnh có trách nhiệm tổng hợp, báo cáo thông tin BTN tại cơ sở mình cho TTYTDP tỉnh, thành phố và thông tin về bệnh sốt rét, bệnh do ký sinh trùng, côn trùng cho Trung tâm Phòng chống sốt rét tỉnh. Bệnh viện Trung ương có trách nhiệm tổng hợp, báo cáo thông tin bệnh truyền nhiễm tại cơ sở mình cho các Viện Vệ sinh dịch tễ và các Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương (VSR-KST-CT) phụ trách khu vực, đồng thời thông báo cho TTYTDP tỉnh, thành phố. Tuy nhiên việc thực hiện báo cáo BTN của các cơ sở điều trị nói chung cho TTYTDP Hà Nội và TTYT quận, huyện còn chưa tốt, hầu hết các đơn vị không gửi báo cáo thường xuyên hoặc nếu có gửi thì danh sách trường hợp bệnh thường thiếu thông tin hoặc thông tin không chính xác. Chính vì vậy TTYTDP Hà Nội phải cử cán bộ đến các bệnh viện Trung ương, Bộ, Ngành, thành phố để thu thập số liệu; TTYT quận, huyện phải cử cán bộ đến các Bệnh viện huyện, PKĐK tư nhân để thu thập số liệu. Trong nghiên cứu này, 100% TYT gửi số liệu cho TTYT quận, huyện, có 96,6% TTYT phải cử người chủ động đến ghi nhận số liệu từ các bệnh viện, PKĐK, chỉ có khoảng 51,7% TTYT nhận được thông tin, số liệu từ các đơn vị khám chữa bệnh.

Đối với các TYT xã, phường, nguồn thu thập thông tin trường hợp BTN chủ yếu từ thông báo do TTYT quận, huyện cung cấp, tỷ lệ phát hiện trường hợp BTN ngay tại tuyến xã, phường rất thấp. Tại Hà Nội bệnh nhân thường không đến khám bệnh ở các TYT mà chủ yếu vượt tuyến đến khám và điều trị tại các bệnh viện, nhất là ở khu vực nội thành.

- Cách thức ghi nhận và chất lượng thực hiện báo cáo giám sát trường hợp bệnh:

Phương tiện ghi nhận trường hợp bệnh đối với các TTYT tại Hà Nội là sổ nhận dịch/báo dịch (93,1%) và phiếu điều tra hoặc phần mềm quản lý

trường hợp bệnh (86,2%). Còn đối với TYT, tất cả các sổ theo quy định đều được dùng để ghi nhận trường hợp bệnh với tần suất cao (90,4% - 99,1%), trong đó, sổ khám bệnh (số A1) được sử dụng ở 99,1% số TYT được khảo sát. 86,2% TTYT tại thời điểm nghiên cứu đã bước đầu dùng phần mềm quản lý trường hợp bệnh, số còn lại và các TYT xã, phường vẫn ghi nhận trường hợp bệnh chủ yếu bằng hệ thống sổ sách. Tuyến thành phố quản lý trường hợp bệnh bằng phần mềm thống kê dịch tễ học, ngoài việc quản lý trường hợp bệnh còn giúp cho việc phân tích dịch tễ học một cách nhanh chóng và hiệu quả. Hiện nay, đáp ứng quy định của Thông tư 54, phần lớn các TTYT đã sử dụng báo cáo trực tuyến vào hệ thống báo cáo thông qua đường truyền internet, đồng thời lưu hồ sơ bệnh án đối với báo cáo trường hợp bệnh hoặc báo cáo bằng văn bản đối với các loại báo cáo khác tại đơn vị báo cáo [23].

Theo Thông tư 48/2010/TT-BYT của Bộ Y tế, báo cáo BTN định kỳ gồm các hình thức báo cáo ngày, tuần, tháng, năm; ngoài ra khi có dịch còn có mẫu báo cáo vụ dịch. Hầu hết các TTYT và các TYT có đầy đủ các biểu mẫu báo cáo. Nhưng ở các bệnh viện và PKĐK chỉ có 6,3% - 52,4% đơn vị có các biểu mẫu báo cáo theo quy định và chủ yếu là mẫu báo cáo tháng (52,4%), điều này minh chứng cho việc không thường xuyên gửi báo cáo của các đơn vị khám, chữa bệnh. Việc tuân thủ những quy định về báo cáo của hệ thống cũng còn hạn chế, số liệu giám sát cho thấy trong năm 2011 chỉ có 60,5% báo cáo tuần được các TTYT quận, huyện gửi cho Trung tâm YTDP Hà Nội; 20,5% báo cáo tuần của các TYT xã, phường được gửi cho TTYT quận, huyện. Những con số này cao hơn không nhiều so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Phương Liên và cộng sự (năm 2009) với tỷ lệ lần lượt là 43,8% và 26,6% [40]. Chỉ có 16,5% báo cáo tuần của các bệnh viện, PKĐK gửi cho các đơn vị đầu mối. Đối với báo cáo tháng, tình hình có khá hơn: tỷ lệ thực hiện báo cáo của TTYT quận, huyện và TYT xã, phường lần lượt là

87,9% và 68,1% đối với báo cáo tháng, tuy nhiên chỉ có 13,1% của bệnh viện, PKĐK gửi báo cáo cho hệ dự phòng. Kết quả khảo sát nguyên nhân không thực hiện báo cáo của các đơn vị thuộc khối điều trị cho thấy 48,5% đơn vị không biết cần phải làm báo cáo, 27,3% đơn vị cho rằng không cần thiết phải làm báo cáo BTN và còn một số lý do khác như thiếu trang thiết bị, cán bộ chưa biết cách làm báo cáo và không đủ thời gian làm báo cáo. Điều này cho thấy các đơn vị thuộc khối điều trị chưa thật sự quan tâm đến việc thực hiện báo cáo BTN.

- Công tác phân tích và phiên giải số liệu:

Phần lớn các TTYT quận, huyện (93,1%) đã thực hiện phân tích số liệu BTN, nhưng hoạt động này ở tuyến TYT xã, phường còn hạn chế (chỉ 39,1% TYT thực hiện phân tích số liệu). Điều này là do công tác đào tạo, tập huấn phân tích số liệu của TTYT quận, huyện cho TYT xã, phường chưa tốt. Đối với các bệnh viện và PKĐK, không có đơn vị nào thực hiện việc phân tích số liệu giám sát BTN vì cho rằng là không cần thiết đối với cán bộ lâm sàng.

Các biến số được phân tích với tỷ lệ cao nhất tại tuyến quận, huyện là theo địa điểm (93,3%), thời gian (89,66%), con người (68,97%), tỷ lệ chết/mắc, tỷ lệ mắc/dân số (62,27% - 44,83%) và các dữ liệu về xét nghiệm đã được quan tâm (55,17%). Các số liệu này tương đương với nhận xét của Nguyễn Văn Bình và CS khi cho rằng phần lớn các đơn vị thực hiện phân tích số liệu đơn giản theo số trường hợp mắc/chết, theo địa dư (80% ở tuyến tỉnh và 70% ở tuyến huyện) [1]. Tại Khoa kiểm soát bệnh truyền nhiễm và vắc xin sinh phẩm của TTYTDP Hà Nội, tổ thống kê dịch tễ đáp ứng đầy đủ việc phân tích số liệu toàn thành phố, trong 2 năm qua nhóm đã làm tốt chức năng tập huấn hướng dẫn tuyến dưới về phân tích số liệu BTN. So sánh với các nghiên cứu trước đây [36], [37], [38] cho rằng việc phân tích số liệu chủ yếu thực hiện ở tuyến khu vực, trung ương còn các đơn vị giám sát tuyến tỉnh

cũng rất ít khi thực hiện thì Hà Nội đã có tiến bộ đáng kể. Tuy nhiên vẫn còn một số TTYT quận, huyện không thực hiện phân tích số liệu với lý do thiếu kỹ năng (3,45%), không cần thiết (3,45%), thiếu trang thiết bị phần mềm thống kê (3,45%) các đơn vị này không chủ động trong theo dõi xu hướng BTN để đưa ra những cảnh báo kịp thời. Đối với các TYT, lý do cơ bản không phân tích số liệu là không biết cần phải phân tích (47,8%) và thiếu trang thiết bị/phần mềm thống kê (19,1%) hoặc thiếu kỹ năng (17,4%). Trong những năm qua, TTYTDP Hà Nội đã tập trung kiểm tra, giám sát, đôn đốc và hướng dẫn TTYT quận, huyện yếu về thống kê báo cáo nên tình hình này đã được cải thiện, tất cả 29 TTYT quận, huyện đều có khả năng thực hiện hoạt động phân tích, phiên giải số liệu. Tuyến xã, phường cũng đã bước đầu tham gia vào thực hiện phân tích phiên giải số liệu, tại thời điểm nghiên cứu, một số biến số được TYT phân tích như địa điểm mắc (29,6%) thời gian mắc (28,7%) và con người (13%).

Khả năng áp dụng ngưỡng cảnh báo trong giám sát bệnh truyền nhiễm cũng là một trong các chỉ số đo năng lực giám sát của cán bộ giám sát trong hệ thống. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 12/29 TTYT quận, huyện đã áp dụng ngưỡng cảnh báo dịch với các loại bệnh trong hoạt động giám sát, chủ yếu đối với bệnh SXHD (91,7%), tiếp theo là các bệnh tả, cúm A/H5N1 (33,3%), tay chân miệng (25%). Các bệnh còn lại được áp dụng với tỷ lệ thấp hơn nhiều (8,3% -16,7%). Nguyên nhân cơ bản dẫn đến việc chưa áp dụng ngưỡng cảnh báo ở các TTYT là thiếu trang thiết bị/phần mềm thống kê (41,2%), cán bộ thiếu kỹ năng (35,3%) và thiếu nhân lực, thiếu hướng dẫn, hoặc không biết cần áp dụng (17,6%). Đây là vấn đề có thể cải thiện được bằng đào tạo, tập huấn và trang bị các vật liệu cần thiết cho các đơn vị trong hệ thống giám sát, trực tiếp là các TTYT quận, huyện để có thể gia tăng kỹ năng giám sát của cán bộ và hiệu quả giám sát của hệ thống.

Số liệu khảo sát của chúng tôi về hình thức và thời gian lưu trữ báo cáo tại các đơn vị trong HTGSBTN Hà Nội cho thấy 100% các TTYT quận, huyện sử dụng máy tính để lưu các báo cáo giám sát song song với hình thức báo cáo giấy. Những tỷ lệ này ở TYT xã, phường thấp hơn nhiều, chỉ có 13,9% TYT lưu báo cáo trên máy tính và hầu hết (95,7%) TYT sử dụng hình thức báo cáo giấy. Có 34,9% số bệnh viện đa khoa và các PKĐK lưu báo cáo trên máy tính và 68,3% số đơn vị này sử dụng báo cáo giấy. Đặc biệt, không có đơn vị nào trong số 63 bệnh viện, PKĐK tham gia nghiên cứu lưu trữ đủ báo cáo BTN trong vòng 5 năm gần đây. Theo kết quả khảo sát của Viện VSDT Trung ương năm 2008, 87,5% TTYTDP tuyến tỉnh, 68,8% TTYTDP tuyến huyện và 77,5% TYT có lưu đủ các số liệu giám sát trong 3 năm qua và đều lưu dưới dạng báo cáo rời [83], [84]. Tại Hà Nội số liệu BTN được lưu trữ trong 5 năm trở lại đây tại 66,9% số TYT xã, phường, trong khi đó tại TTYT quận, huyện số cán bộ làm công tác thống kê BTN những năm gần đây thường xuyên thay đổi dẫn đến việc số liệu lưu trữ không được nguyên vẹn, chỉ có 44,8% đơn vị lưu trữ số liệu đầy đủ trong vòng 5 năm. Như vậy hoạt động lưu trữ báo cáo, số liệu tại TTYT quận, huyện cần được quan tâm để đảm bảo đủ về số lượng, đáp ứng qui định về lưu trữ số liệu của Bộ Y tế.

Phản hồi thông tin là hoạt động cần thiết của hệ thống giám sát nhằm nhắc nhở và thúc đẩy sự tham gia chủ động và tích cực của các đơn vị trong hệ thống, tăng cường trao đổi thông tin và hỗ trợ nâng cao nhận thức của cán bộ giám sát về tầm quan trọng của HTGS [105]. Hình thức phản hồi thông tin về BTN cho tuyến dưới được 100% số TTYT tại Hà Nội áp dụng là giao ban định kỳ với cán bộ thuộc mạng lưới chuyên trách phòng chống dịch của các đơn vị tuyến xã/phường, tiếp đó là thông qua hình thức thông báo BTN hàng tháng (21/29 TTYT sử dụng) và hình thức thông báo kết quả xử lý ổ dịch (13/29 đơn vị sử dụng). Hình thức phản hồi bằng gửi thông báo dịch theo tuần

chỉ được 1/29 đơn vị thực hiện. Kết quả đánh giá cho thấy các đơn vị thuộc HTGSBTN Hà Nội chưa thực hiện đầy đủ việc phản hồi thông tin về tình hình các BTN. Chỉ có 17/29 TTYT có gửi thông tin cho các Phòng khám đa khoa khu vực; 11/29 TTYT gửi thông tin cho các bệnh viện huyện hoặc Y tế cơ quan. Hầu hết các cơ sở y tế tư nhân đều không nhận được thông tin phản hồi về tình hình BTN từ TTYT. Như vậy, để có thể cải thiện hoạt động phối kết hợp trong giám sát BTN giữa các đơn vị y tế dự phòng và khám chữa bệnh trong hệ thống, cần nâng cao tính chủ động chia sẻ thông tin, phản hồi và báo cáo trường hợp bệnh, dịch, kể cả báo cáo không trường hợp.

- Hoạt động xây dựng kế hoạch và đáp ứng chống dịch:

Xây dựng kế hoạch phòng chống dịch hàng năm là một trong những hoạt động trọng tâm của hệ thống giám sát. Số liệu khảo sát cho thấy các đơn vị y tế dự phòng đã thực hiện hoạt động này thường xuyên và chủ động đối với các loại dịch bệnh với tỷ lệ dao động từ 86,2%-96,6% đối với TTYT quận, huyện và 55,7% - 95,7% đối với các TYT xã, phường tùy theo tình hình dịch bệnh ở các địa phương. Hầu hết các đơn vị tập trung vào xây dựng kế hoạch phòng chống dịch chung, phòng chống dịch sốt xuất huyết Dengue, bệnh tay chân miệng, đây là những bệnh dịch thường xảy ra hàng năm tại Hà Nội. Để sẵn sàng đáp ứng, tại thời điểm nghiên cứu, Ban chỉ đạo phòng chống dịch được thành lập tại 100% TTYT và 98,3% TYT. Các đội cơ động chống dịch cũng được thành lập với thành phần gồm cán bộ dịch tễ, cán bộ xét nghiệm, cán bộ vệ sinh môi trường và một số thành phần khác: TTYTDP Hà Nội có 5 đội cơ động chống dịch; 28/29 TTYT thành lập từ 1-4 đội cơ động chống dịch. Đối với TYT, chưa yêu cầu có đội cơ động chống dịch, hoạt động đáp ứng chống dịch của TYT là chuẩn bị đầy đủ nhân lực, cơ sở chống dịch và các vật liệu truyền thông cho cộng đồng, tại thời điểm khảo sát có 95%

TYT có đủ cơ sở chống dịch, tuy nhiên vẫn còn 3% TYT không có và có 2% TYT không biết đến yêu cầu phải có cơ sở chống dịch.

- Hoạt động xét nghiệm trong Hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm tại Hà Nội:

Do nhiều viện và bệnh viện đầu ngành đều ở Hà Nội và Trung tâm YTDP Hà Nội cơ bản phát triển tốt về năng lực xét nghiệm cả về số lượng và chất lượng nên hoạt động xét nghiệm của các TTYT quận, huyện của Hà Nội cũng mới chỉ dừng lại ở việc lấy mẫu máu, mẫu phân hay dịch tiết và bảo quản mẫu đúng qui định để gửi lên tuyến trên. Chỉ có một số ít TTYT quận, huyện có khả năng xét nghiệm chẩn đoán một số tác nhân gây bệnh (6,9% đơn vị có khả năng xét nghiệm chẩn đoán tả; 3,4% có khả năng thực hiện xét nghiệm SXHD và Rubella); các BV, PKĐK khả năng thực hiện xét nghiệm chẩn đoán cao hơn so với TTYT quận, huyện (28,6% đơn vị xét nghiệm SXHD; 20,6% đơn vị có thể xét nghiệm chẩn đoán tả; 15,9% có khả năng thực hiện xét nghiệm Rubella). Như vậy việc chẩn đoán tác nhân gây BTN chủ yếu dựa vào TTYTDP Hà Nội và các viện đầu ngành như Viện VSDT Trung ương. Tại phần lớn các tỉnh, thành khác, TTYTDP tuyến tỉnh mới tập trung vào các vi khuẩn gây bệnh thường gặp như tả, lỵ, thương hàn, E. coli..., còn đối với các tác nhân gây bệnh là vi rút mới chỉ dừng lại ở xét nghiệm huyết thanh học, chỉ có khoảng 10% các TTYTDP thực hiện các xét nghiệm chuyên sâu [16]. Đến năm 2012, năng lực thực hiện xét nghiệm nói chung của các TTYTDP tỉnh, thành phố đã được gia tăng, cụ thể đã tăng 33% về tổng số xét nghiệm được thực hiện so với số xét nghiệm thực hiện trong năm 2010 [24].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 100% TTYT quận, huyện tại Hà Nội đều có khả năng lấy mẫu đúng quy định đối với một số BTN thường gặp, riêng đối với cúm A/H5N1 thì chủ yếu TTYTDP Hà Nội chịu trách nhiệm lấy mẫu nên chỉ hơn 48,3% TTYT thực hiện lấy mẫu bệnh phẩm liên quan đến

cúm A/H5N1. Tình trạng này cũng tương tự như kết quả đánh giá về hệ thống giám sát BTN của một số tỉnh, thành phố khác với tỷ lệ 40% - 43,8% TTYT huyện có khả năng lấy được mẫu bệnh phẩm cúm A/H5N1 (dịch hầu họng và máu) [41], [42]. Những BTN thuộc nhóm A hoặc các bệnh truyền nhiễm nhóm B đang có số mắc cao như bệnh tay chân miệng hoặc một số bệnh đang được các chương trình dự án quan tâm giám sát đều được các TTYT quận, huyện lấy mẫu để xét nghiệm. Đây có thể là nguyên nhân tác động đến tỷ lệ và khả năng lấy mẫu bệnh phẩm đối với từng loại BTN của các TTYT quận, huyện. Tại các PXN thuộc TTYT quận, huyện, hoạt động xét nghiệm vi sinh chủ yếu là soi trực tiếp bằng kính hiển vi (89,7%), một số ít thực hiện được nuôi cấy, định danh vi khuẩn (24,1%), xét nghiệm miễn dịch xác định kháng nguyên - kháng thể (10,3%) và test nhanh. Có sự chênh lệch khá lớn về hoạt động xét nghiệm BTN gây dịch giữa TTYT quận, huyện với các bệnh viện và Phòng khám đa khoa, có thể liên quan đến chức năng, nhiệm vụ chính của khối dự phòng và khối điều trị. Tuy nhiên, cần thiết phải nâng cao năng lực xét nghiệm xác định tác nhân gây bệnh của TTYT quận, huyện và nâng cao trách nhiệm của các bệnh viện, phòng khám đa khoa trong hoạt động xét nghiệm để cải thiện chất lượng giám sát bệnh truyền nhiễm.

Khả năng chẩn đoán các tác nhân gây BTN của TTYT quận, huyện còn rất hạn chế, hầu hết các đơn vị đều không có khả năng làm xét nghiệm chẩn đoán bệnh cúm A/H5N1, SXHD, tả... Nguyên nhân chủ yếu do thiếu cán bộ xét nghiệm có chuyên môn sâu, phòng xét nghiệm thiếu trang thiết bị và sinh phẩm chẩn đoán, do vậy đây là một trong những nội dung được quan tâm đưa vào nội dung thực hiện can thiệp nhằm cải thiện hoạt động xét nghiệm của TTYT quận, huyện qua đó nâng cao được chất lượng giám sát của hệ thống Giám sát bệnh truyền nhiễm thành phố Hà Nội.

4.1.3 Thực trạng chức năng hỗ trợ và phương tiện hỗ trợ của hệ thống giám sát

Chức năng hỗ trợ của hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm được thể hiện qua các tiêu chuẩn và hướng dẫn, hoạt động tập huấn, giám sát hỗ trợ, nguồn lực, hoạt động giám sát và đánh giá và hoạt động điều phối của hệ thống. Về sự sẵn có của các tài liệu hướng dẫn và tiêu chuẩn, các đơn vị y tế dự phòng thường có đầy đủ hơn so với bệnh viện và các phòng khám đa khoa. Số liệu khảo sát trong nghiên cứu này cho thấy 29/29 TTYT quận, huyện có tài liệu hướng dẫn định nghĩa trường hợp bệnh chuẩn, 105/115 (91,3%) TYT xã, phường có tài liệu nhưng chỉ có 47/63 (74,6%) các bệnh viện và PKĐK có tài liệu hướng dẫn định nghĩa trường hợp bệnh chuẩn. Tài liệu hướng dẫn, định nghĩa trường hợp bệnh là công cụ thiết yếu phục vụ hoạt động giám sát, định nghĩa 28 bệnh truyền nhiễm đã có đầy đủ ở 96,6% TTYT quận, huyện, nhưng chỉ đầy đủ ở 6,1% TYT xã, phường và 9,5% số bệnh viện, PKĐK. Tuy nhiên đối với một số bệnh, ở 85,2% TYT xã, phường và 65,1% bệnh viện, PKĐK có tài liệu hướng dẫn chuyên môn và thường là những tài liệu hướng dẫn riêng lẻ đi theo các chương trình (TCMR, SXH) tản mạn và chưa hệ thống. Tình trạng này cũng giống như các tỉnh, thành phố khác [40], do vậy việc cung cấp các hướng dẫn giám sát bệnh đầy đủ và thường xuyên đồng thời với đào tạo, tập huấn cho cán bộ thuộc hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm là cần thiết để có thể cập nhật thông tin kịp thời và nâng cao khả năng quản lý, phân tích số liệu giám sát.

Liên quan đến các phương tiện hỗ trợ hệ thống giám sát, các đơn vị giám sát của Hà Nội về cơ bản có đầy đủ các loại phương tiện hỗ trợ ở TTYT quận, huyện, tuy nhiên tỷ lệ thiết bị dành riêng cho hoạt động giám sát BTN sử dụng như máy vi tính, máy in mới đạt 75,86%; nối mạng internet 44,83%, điện thoại 55,17%, máy fax 27,59% và chưa có đơn vị nào được trang bị máy định vị GPS. Tại TYT xã, phường, 68,7% đơn vị có máy vi tính, 53% đơn vị

có nối mạng internet, 22,6% đơn vị có máy fax, nhưng chủ yếu dùng chung cho tất cả các hoạt động và vẫn còn một số TYT chưa được trang bị máy tính, máy in (27,8% - 28,7%), chưa có máy fax (69,6%) hoặc chưa được nối mạng (44,4%). Kết quả này tương tự như kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Liên và cộng sự với 46% tuyến huyện có máy fax dùng cho hoạt động giám sát, 58% máy tính có kết nối mạng internet [41]. Tỷ lệ đơn vị có máy tính nối mạng internet (năm 2012) theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Bình và CS trên 20 tỉnh, thành phố của Việt Nam đến 90% [1]. Kết quả đánh giá hoạt động giám sát BTN trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Liên và cộng sự cho thấy 50% số tỉnh, 18,8% số huyện và 26,3% số xã có máy vi tính làm phương tiện thống kê, lưu trữ số liệu; chỉ có 37,5% số tỉnh, 25% số huyện và các TYT có 1 máy điện thoại dùng riêng cho hoạt động giám sát; còn máy fax là phương tiện liên lạc văn bản và mạng internet sử dụng trong hoạt động giám sát hầu như chưa được trang bị ở hầu hết các tuyến [40].

Đối với khối điều trị, trang bị thiết yếu phục vụ công tác thống kê báo cáo BTN chưa được quan tâm. Phương tiện thống kê báo cáo BTN chủ yếu dùng chung với các hoạt động khác. Số liệu bệnh viện chỉ phục vụ cho báo cáo tuần, báo cáo tháng và các thông tin về tuổi, giới, nghề nghiệp, địa chỉ, yếu tố dịch tễ ít được quan tâm. Phần mềm sử dụng chỉ phục vụ cho hoạt động quản lý bệnh viện, chưa đáp ứng yêu cầu giám sát BTN, ảnh hưởng đến tính kịp thời cung cấp thông tin BTN phục vụ công tác phòng chống dịch.

Như vậy, đến năm 2012 tại các đơn vị thuộc HTGSBTN Hà Nội vẫn còn thực trạng chưa đầy đủ các phương tiện hỗ trợ cho hoạt động giám sát BTN như máy tính, mạng Internet, điện thoại, hơn nữa các phương tiện chủ yếu dùng chung với tất cả các hoạt động khác, thực tế này có thể ảnh hưởng đến tiến độ, tính chủ động và năng lực sử dụng công nghệ thông tin của cán bộ giám sát cũng như hoạt động giám sát BTN.

4.1.4 Chất lượng hoạt động của hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm Hà Nội

Chất lượng hoạt động giám sát được đo lường qua các chỉ số như tính đầy đủ của số liệu (đầy đủ thông tin/biến số cần thu thập, đầy đủ số trường hợp bệnh cần báo cáo và đầy đủ về số lượng báo cáo), tính đúng hạn của các báo cáo giám sát (đảm bảo thời gian cần báo cáo theo quy định trong quá trình giám sát, phụ thuộc tính chất và mức độ trầm trọng hoặc khả năng lây truyền của bệnh), tính đơn giản, tính đại diện, tính hữu dụng và tính linh hoạt của hệ thống (thể hiện qua cấu trúc, phương thức vận hành của hệ thống, tính đơn giản của các biểu mẫu, sổ sách, cách thức thu thập số liệu, khả năng lồng ghép ...) cũng như độ nhạy (tỷ lệ trường hợp bệnh thực sự được hệ thống phát hiện và báo cáo so với số trường hợp bệnh trong cộng đồng trên thực tế được thu thập từ nguồn số liệu khác nhau), độ đặc hiệu (tỷ lệ đối tượng không mắc bệnh được hệ thống phát hiện trên tổng số những người không có bệnh thực sự) và giá trị dự báo của hoạt động giám sát phát hiện trường hợp bệnh hoặc phát hiện dịch.

Kết quả khảo sát thực trạng hoạt động giám sát của Hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm Hà Nội trong nghiên cứu này cho thấy chất lượng của hệ thống giám sát chưa đồng đều ở các tuyến. Tỷ lệ báo cáo tuần được thực hiện ở các TTYT quận, huyện là 60,5%; tại các TYT xã, phường là 20,5%; tại các bệnh viện, phòng khám đa khoa là 16,6%. Tỷ lệ báo cáo tháng được thực hiện ở TTYT quận, huyện là 87,9%; tại các TYT xã, phường là 68,1% và tại bệnh viện, phòng khám đa khoa là 13,1%. Hoạt động báo cáo tại các bệnh viện và phòng khám đa khoa còn hạn chế, có thể do quá tải với công việc khám chữa bệnh hàng ngày, nhưng cũng có thể việc báo cáo tình hình BTN vẫn đang là hoạt động mới, nằm ngoài nhiệm vụ chính của các cơ sở khám, chữa bệnh nên chưa được quán triệt thực hiện đầy đủ theo quy định. Nhận xét này được khẳng định bởi kết quả khảo sát ý kiến cán bộ giám sát các tuyến về nguyên

nhân không thực hiện báo cáo giám sát BTN của các cơ sở khám chữa bệnh, chủ yếu là do họ không biết phải báo cáo (48,5%), cho rằng không cần thiết phải báo cáo (27,3%), thiếu trang thiết bị và phần mềm liên quan (12,1%) hoặc cán bộ y tế thiếu kỹ năng (9,1%) và không đủ thời gian để làm báo cáo (3%). Tuy nhiên tính đúng hạn và tính đầy đủ thông tin đối với báo cáo tuần và báo cáo tháng của các đơn vị thuộc khối bệnh viện, PKĐK đều đạt với tỷ lệ cao. Cụ thể tỷ lệ báo cáo tuần đáp ứng về tính đúng hạn và tính đầy đủ thông tin của các bệnh viện và PKĐK Hà Nội là 86,7% và 91,7%, cao hơn so với tỷ lệ này ở các TTYT quận, huyện (73,0% và 91,4%), và cao hơn nhiều so với các TYT xã, phường (68,3% và 75,7%). Đối với báo cáo tháng: 98,6% và 92,5% báo cáo tháng của các đơn vị thuộc khối bệnh viện và PKĐK đạt tiêu chí về tính đúng hạn và tính đầy đủ, cao hơn so với tỷ lệ tương ứng ở các TTYT quận, huyện (88,2% và 79,7%), và cao hơn nhiều so với báo cáo tháng của các TYT xã, phường (78,6% và 70,3%) (Bảng 3.28). Điều này có thể liên quan đến phương thức và hệ thống thu thập thông tin, quản lý thông tin theo hồ sơ bệnh án tại các cơ sở khám chữa bệnh tạo điều kiện cho việc tiếp cận và sử dụng thông tin, số liệu một cách chi tiết, cập nhật và đầy đủ cho hoạt động báo cáo BTN. Trong khi đó, cán bộ hệ y tế dự phòng không trực tiếp quản lý người bệnh, không có điều kiện tham khảo hồ sơ bệnh án và các nguồn thông tin khác quản lý tại cơ sở khám chữa bệnh, nên ảnh hưởng đến tính đầy đủ, tính đúng hạn của báo cáo. Vấn đề này có thể cải thiện nếu có sự liên lạc, trao đổi thường xuyên về tình hình dịch bệnh và các trường hợp bệnh giữa các đơn vị dự phòng và đơn vị khám chữa bệnh.

Số báo cáo tuần và báo cáo tháng được thực hiện đúng hạn tại các TTYT quận, huyện ở Hà Nội cao hơn kết quả nghiên cứu tại hai huyện của Hải Dương năm 2008 với tỷ lệ báo cáo tuần đúng hạn của tuyến huyện là 28,8 - 30,7%, tỷ lệ báo cáo tháng đúng hạn của tuyến huyện là 33,2% - 41,7% [57] và

kết quả đánh giá của Viện VSDT Trung ương năm 2009 tại 8 tỉnh với tỷ lệ báo cáo tuần và báo cáo tháng đúng hạn ở tuyến huyện là 55,5%, và 77,8% [56].

Việc lưu trữ các báo cáo giám sát theo quy định được thực hiện tốt tại các TTYT (100%) với hình thức lưu trữ bằng cả báo cáo giấy và báo cáo lưu trên máy tính. Như vậy việc ứng dụng công nghệ thông tin trong báo cáo BTN đã tốt hơn so với các địa phương khác, là những nơi cán bộ y tế chưa có kỹ năng cần thiết cho việc ứng dụng này [33], [57].

Về tính đơn giản và khả năng chấp nhận của HTGSBTN Hà Nội, kết quả khảo sát, kết quả phân tích ý kiến nhận xét của cán bộ tham gia hệ thống giám sát các tuyến cho thấy ngoại trừ 2% ý kiến cho rằng quy trình giám sát chưa phù hợp, 54% cho rằng quy trình phù hợp, 30% cho rằng tương đối phù hợp (Biểu đồ 3.12). Về biểu mẫu báo cáo: 21% cho rằng các biểu mẫu báo cáo BTN đơn giản và 64 % cho rằng bình thường áp dụng được, chỉ 5% cho rằng phức tạp khó áp dụng (Biểu đồ 3.13). Chất lượng số liệu giám sát có 27% cho rằng chính xác, 65% cho rằng tương đối chính xác và chỉ 3% cho rằng không chính xác (Biểu đồ 3.14).

Đánh giá chung về năng lực đáp ứng phòng chống dịch của hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm: 77% cán bộ giám sát của TYT xã, phường nhận xét hệ thống có khả năng đáp ứng được với tình hình dịch bệnh hiện nay tại địa phương, tỷ lệ này ở cán bộ giám sát của TTYT quận, huyện là 45% và ở cán bộ giám sát tại các bệnh viện và PKĐK là 24%. Phần lớn số cán bộ được khảo sát ý cho rằng hệ thống chưa có khả năng đáp ứng đầy đủ công tác phòng chống dịch (55% -76%), tại các TTYT quận, huyện nguyên nhân cơ bản được cho là do thiếu cán bộ có chuyên môn, thiếu kinh phí và thiếu cán bộ xét nghiệm (lần lượt là 40%, 27% và 25%); đối với các bệnh viện, nguyên nhân chính là thiếu cán bộ xét nghiệm (24%), thiếu cán bộ chuyên môn (21%), tại các PKĐK thì thiếu trang thiết bị là nguyên nhân cơ bản (21%).

Những con số này rất có ý nghĩa vì đã chỉ ra nguyên nhân ảnh hưởng tới khả năng đáp ứng chống dịch qua đó thấy các nội dung cần được cải thiện để nâng cao năng lực đáp ứng của hệ thống khi có dịch bệnh xảy ra.

Năng lực giám sát của hệ thống có liên quan chặt chẽ đến kiến thức và thực hành giám sát bệnh truyền nhiễm của bản thân cán bộ giám sát. Việc khảo sát thực trạng kiến thức, thực hành giám sát BTN của cán bộ giám sát các tuyến được thực hiện trong nghiên cứu này với các nội dung liên quan đến quy trình giám sát, định nghĩa trường hợp bệnh/chùm trường hợp bệnh, thời gian thực hiện và các bệnh cần báo cáo, khả năng phân tích và sử dụng số liệu, điều tra vụ dịch, theo dõi và giám sát trường hợp bệnh, vụ dịch, phản hồi và trao đổi thông tin... Kết quả khảo sát kiến thức về giám sát BTN cho thấy: tỷ lệ cán bộ giám sát của TTYT quận, huyện có kiến thức về giám sát BTN đạt mức khá (65,4%) và tốt (20%), tỷ lệ này thấp hơn ở nhóm cán bộ giám sát tuyến xã, phường (26,8% và 3,1%), thấp nhất ở nhóm cán bộ giám sát của bệnh viện (13,8% và 3,4%) và ở các PKĐK (3,4% và 0%). Ngược lại, tỷ lệ cán bộ có kiến thức về giám sát BTN ở mức kém cao nhất ở nhóm cán bộ PKĐK (82,8%), tiếp đó là cán bộ bệnh viện (41,4%) và cán bộ giám sát của các TYT xã, phường (39,7%). Tuy nhiên kết quả khảo sát thực hành giám sát BTN lại cho thực trạng khác, nhân viên y tế của bệnh viện có tỷ lệ thực hành khá và tốt đạt 41,4% và 13,8%, tỷ lệ này cao hơn nhiều so với nhóm cán bộ giám sát của TTYT quận, huyện (29,1% và 0%), cán bộ giám sát PKĐK (20,7% và 3,4%) và ở cán bộ giám sát của các TYT xã, phường (0,5% và 3,5%). Điều này phù hợp với môi trường làm việc: cán bộ bệnh viện hàng ngày tiếp xúc, thực hiện các quy trình khám, xét nghiệm và điều trị, do vậy có năng lực thực hành tốt hơn nhiều so với cán bộ dự phòng, tuy nhiên cán bộ dự phòng lại có thời gian và điều kiện được tập huấn, đào tạo nhiều hơn về giám sát BTN, do vậy kiến thức được nâng cao hơn. Thực tế cho thấy 100% TYT

xã, phường cũng được tập huấn về giám sát và phòng, chống dịch với tần suất trung bình là 4,3 cán bộ/xã, phường được tập huấn trong năm, trong đó xã có ít cán bộ được tập huấn nhất là 1 cán bộ, nhiều nhất là 11 cán bộ, nhưng có thể do thời gian tập huấn đào tạo còn ngắn (như nhiều ý kiến nhận xét qua phỏng vấn đã nêu) nên hiệu quả đào tạo chưa được cao. Do vậy, việc thường xuyên tổ chức đào tạo tập huấn về chuyên môn và kéo dài thời gian đào tạo phù hợp cho cán bộ giám sát của TYT xã, phường và PKĐK là cần thiết nhằm nâng cao năng lực phát hiện, xác định và đáp ứng của hệ thống.

Như vậy, để nâng cao chất lượng hoạt động của HTGSBTN Hà Nội, vấn đề cần cải thiện là hoạt động thực hiện báo cáo của các bệnh viện và phòng khám đa khoa; năng lực thực hiện và chất lượng báo cáo của các TYT xã, phường; nói cách khác, nâng cao năng lực thực hiện hoạt động và kiến thức của cán bộ giám sát trong hệ thống thông qua hoạt động đào tạo, tập huấn cán bộ giám sát là cần thiết không chỉ nâng cao năng lực và kỹ năng thực hiện báo cáo của cán bộ giám sát trong hệ thống mà qua đó còn có thể tăng cường kiến thức và năng lực thực hành các hoạt động khác trong giám sát bệnh truyền nhiễm nói chung của toàn hệ thống.

4.2 Hiệu quả một số biện pháp can thiệp nâng cao chất lượng của hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm tại quận Đống Đa, Hà Nội

Để tăng cường chất lượng hoạt động của hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm Hà Nội, nghiên cứu đã chọn Quận Đống Đa là địa điểm triển khai các biện pháp can thiệp và dịch bệnh sốt xuất huyết Dengue và các trường hợp nghi tả là vấn đề được sử dụng để đo lường hiệu quả can thiệp. Lý do chọn địa điểm và 2 vấn đề để đo lường tác động của can thiệp liên quan đến tình hình dịch bệnh của Hà Nội trong những năm gần đây. Trong vài năm qua, Hà Nội là một trong các tỉnh trọng điểm về một số dịch bệnh của miền Bắc như SXHD với số mắc hàng năm từ hàng ngàn đến hàng chục ngàn trường hợp

bệnh. Riêng năm 2015, số trường hợp mắc SXHD tại Hà Nội là 15.412, chiếm 91% tổng số trường hợp SXHD toàn khu vực miền Bắc [59]. Quận Đống Đa lại là khu vực trọng điểm về bệnh SXHD trên địa bàn Hà Nội do có số mắc SXHD hàng năm cao. Liên quan đến dịch tả, tại Hà Nội đợt dịch tả xảy ra trong 3 tháng cuối năm 2007 và năm 2008 với 100% quận, huyện thành phố đã ghi nhận bệnh nhân. Tổng số các trường hợp nghi mắc tả của đợt dịch xảy ra trong 3 tháng cuối năm 2007 và năm 2008 tại Hà Nội là 3.152 [25].

Thông qua nghiên cứu này, chúng tôi đã triển khai một số biện pháp can thiệp nhằm nâng cao chất lượng hoạt động của hệ thống giám sát, bước đầu đối với hai bệnh là SXHD và bệnh tả, qua đó nâng cao khả năng phát hiện sớm, đáp ứng kịp thời với dịch do hai bệnh nêu trên tại quận Đống Đa. Kết quả thực hiện các biện pháp can thiệp sẽ có ý nghĩa quan trọng, hỗ trợ nhiều cho việc phòng chống dịch hiệu quả trên địa bàn thành phố Hà Nội.

Các biện pháp can thiệp được sử dụng trong nghiên cứu này được lựa chọn dựa trên những qui định cơ bản của Bộ Y tế về GSBTN tại thời điểm nghiên cứu, cụ thể là Thông tư số 48/2010/TT-BYT về chế độ khai báo, thông tin, báo cáo bệnh truyền nhiễm và Thông tư số 13/2013/TT-BYT về Hướng dẫn giám sát bệnh truyền nhiễm, có tính phù hợp với điều kiện cụ thể của Hà Nội. Hiện nay tuy Thông tư số 48/2010/BYT đã hết hiệu lực, mọi hoạt động liên quan đến hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm được thực hiện theo Thông tư số 54/2015/TT-BYT ngày 28/12/2015 về Hướng dẫn chế độ thông tin báo cáo và khai báo bệnh, dịch bệnh truyền nhiễm theo hướng báo cáo từng trường hợp bệnh qua phần mềm trực tuyến để có thể phân tích được các đặc điểm dịch tễ của dịch bệnh, qua đó đề xuất các biện pháp phòng chống dịch phù hợp, kịp thời (đây là điểm khác biệt so với Thông tư 48/2010/TT-BYT) [23]. Tuy nhiên về cơ bản Thông tư số 54/2015/TT-BYT kế thừa Thông tư 48/2010/TT-BYT nên không có nhiều thay đổi liên quan đến thời gian quy định cho báo cáo phát hiện, chẩn đoán và kiểm soát trường hợp

bệnh. Do vậy kết quả đánh giá về hiệu quả can thiệp của nghiên cứu này theo chúng tôi vẫn phù hợp và còn nguyên tính thời sự theo tinh thần của Thông tư 54/2015/TT-BYT. Tăng cường chất lượng hoạt động của hệ thống giám sát nói chung đồng nghĩa với việc gia tăng khả năng phát hiện sớm, đáp ứng kịp thời với các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm và là mục tiêu trọng tâm trong công tác phòng chống dịch tại Hà Nội. Hoạt động phòng chống dịch bệnh tại Hà Nội cũng như tại các tỉnh thành phố khác còn gặp nhiều khó khăn, vì vậy việc phát hiện sớm sự xuất hiện của ổ dịch để có thể can thiệp, ứng phó ngăn chặn dịch lan rộng được coi là hoạt động then chốt trong hệ thống giám sát bệnh dịch.

Kết quả triển khai thực hiện các biện pháp can thiệp ở quận Đống Đa bước đầu đã cho thấy có hiệu quả cao trong rút ngắn thời gian phát hiện, chẩn đoán và kiểm soát trường hợp bệnh, cải thiện chất lượng giám sát của hệ thống giám sát dịch bệnh của quận Đống Đa, bao gồm nâng cao độ nhạy và giá trị chẩn đoán dương tính (PPV) của hệ thống giám sát, gia tăng năng lực của đội ngũ cán bộ thông qua nâng cao hiểu biết và thực hành giám sát của cán bộ y tế, nâng cao độ chính xác của số liệu giám sát, tính đúng hạn và đầy đủ của báo cáo dịch theo hướng dẫn của CDC [70] và WHO [111], qua đó gia tăng được năng lực đáp ứng kịp thời với hai bệnh trong nghiên cứu nói riêng và các bệnh truyền nhiễm nói chung của quận Đống Đa.

4.2.1 Hiệu quả rút ngắn thời gian phát hiện, chẩn đoán và kiểm soát các trường hợp bệnh sốt xuất huyết Dengue và tử

Với số liệu thu thập được về thực trạng hệ thống giám sát BTN của Hà Nội, có thể thấy hệ thống được thiết lập và tổ chức đáp ứng với chức năng được qui định, các đơn vị giám sát tuyến quận, huyện đã bước đầu hoạt động theo hướng dẫn của các văn bản, tài liệu pháp lý liên quan. Nhân lực của các đơn vị trong hệ thống phần lớn đạt yêu cầu về số lượng so với quy định của Thông tư liên tịch số 08/2007/TTLT-BYT-BNV tuy nhiên vẫn chưa đáp ứng

về chất lượng (năng lực chuyên môn). Tính chủ động của các đơn vị lâm sàng trong phối hợp với hệ thống y tế dự phòng chưa cao. Chất lượng hoạt động của hệ thống được phản ánh qua chất lượng thực hiện báo cáo bệnh truyền nhiễm định kỳ, năng lực xử lý, phân tích số liệu, năng lực phát hiện, xét nghiệm chẩn đoán bệnh, kiến thức và thực hành của cán bộ trong hệ thống cho thấy cần được quan tâm cải thiện. Đây chính là các nội dung được nghiên cứu tập trung can thiệp trên hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm của một quận đại diện như quận Đống Đa nhằm xác định hiệu quả can thiệp nâng cao chất lượng hoạt động của hệ thống.

Kết quả nghiên cứu cho thấy từ tháng 10/2012 đến tháng 9/2013 có 524 trường hợp nghi mắc SXHD được HTGSBTN quận Đống Đa ghi nhận, trong đó có tới 194 trường hợp điều trị tại các cơ sở y tế ngoài địa bàn quận Đống Đa (37%); 330 trường hợp điều trị tại nhà và tại các cơ sở y tế trên địa bàn quận Đống Đa (63%). Như vậy, nếu chỉ dựa vào số liệu báo cáo của các cơ sở khám, chữa bệnh trên địa bàn quận thì có thể bỏ sót 37% số trường hợp mắc SXH nhưng điều trị ở các cơ sở y tế ngoài địa bàn quận. Việc cải thiện và nâng cao khả năng phối kết hợp giữa các cơ sở y tế trong thành phố và nâng cao năng lực phát hiện trường hợp bệnh tại cộng đồng của hệ thống giám sát đã gia tăng được năng lực phát hiện trường hợp bệnh SXHD của hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm quận Đống Đa. Cùng với việc nâng cao năng lực phát hiện, thời gian phát hiện trường hợp bệnh SXHD đầu tiên, thời gian kể từ ngày mắc bệnh đến ngày lấy mẫu xét nghiệm, thời gian từ ngày mắc bệnh đến khi có kết quả xét nghiệm, thời gian tính từ ngày mắc của trường hợp bệnh đầu tiên đến khi xác định ổ dịch, thời gian tính từ ngày mắc của trường hợp bệnh đầu tiên đến khi ổ dịch được xử lý lần đầu và thời gian tính từ ngày mắc của trường hợp đầu tiên đến khi ổ dịch kết thúc đều được rút ngắn có ý nghĩa thống kê và đạt yêu cầu quy định của Bộ Y tế. Đặc biệt rút ngắn được khoảng thời gian tính từ khi

trường hợp bệnh có dấu hiệu mắc SXH đến khi phát hiện trường hợp bệnh từ $7,4 \pm 3,2$ ngày trước can thiệp xuống còn $3,9 \pm 1,4$ ngày sau can thiệp; rút ngắn khoảng thời gian từ ngày mắc bệnh đến ngày lấy mẫu xét nghiệm xuống còn $3,9 \pm 1,5$ ngày (khoảng thời gian này trước can thiệp là $5,9 \pm 3,4$ ngày) và đến ngày có kết quả xét nghiệm xuống còn $4,0 \pm 1,6$ ngày (trước can thiệp là $7,7 \pm 4,2$ ngày). Như vậy sau can thiệp đã rút ngắn được khoảng thời gian tính từ ngày mắc của trường hợp bệnh nhân đầu tiên đến khi hệ thống xác định được ổ dịch SXHD từ $9,2 \pm 3,5$ ngày xuống còn $5,1 \pm 1,5$ ngày, rút ngắn được khoảng thời gian tính từ ngày mắc của trường hợp bệnh nhân đầu tiên đến khi ổ dịch được xử lý lần đầu xuống còn $5,9 \pm 1,7$ ngày và thời gian tính từ ngày mắc của trường hợp bệnh nhân SXHD đầu tiên đến khi ổ dịch kết thúc được rút từ $19,5 \pm 4,5$ ngày trước can thiệp xuống còn $16,9 \pm 3,2$ ngày sau can thiệp với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Đây chính là một trong những chỉ số thành công của hoạt động can thiệp nâng cao chất lượng hoạt động của hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm vì thời gian phát hiện, thời gian xét nghiệm hỗ trợ chẩn đoán khẳng định và thời gian xử lý được trường hợp bệnh càng rút ngắn thì hoạt động đáp ứng càng có hiệu quả và khả năng kiểm soát sớm và thành công được vụ dịch càng được đảm bảo.

Chất lượng giám sát bệnh truyền nhiễm được thể hiện bằng các tính chất của HTGS bao gồm độ nhạy và giá trị chẩn đoán dương tính (PPV), độ chính xác của số liệu giám sát, tính đúng hạn và đầy đủ của báo cáo dịch theo hướng dẫn của WHO [70], [73], [111]. Độ nhạy của HTGSBTN tại quận Đống Đa đối với bệnh SXHD trong nghiên cứu này tăng từ 59,3% trước khi can thiệp lên 71% sau khi can thiệp với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Độ nhạy của HTGS là tỷ lệ trường hợp bệnh hay vấn đề sức khỏe được HTGS phát hiện so với số trường hợp bệnh thực tế trong cộng đồng được ghi nhận từ các nguồn thông tin khác nhau. Trong điều kiện thực tế của nước ta, số trường

hợp bệnh trong cộng đồng khó xác định được chính xác đối với các BTN nói chung trong đó có SXHD. Do vậy số liệu về trường hợp SXHD trong thực tế tại thời điểm này cũng chỉ là con số tương đối, tuy nhiên sự gia tăng độ nhạy đáng kể của HTGS sau can thiệp đã cho thấy bên cạnh sự nỗ lực giám sát tại cộng đồng của hệ thống còn có vai trò tham gia tích cực của các bệnh viện và PKĐK trong địa bàn thông qua hoạt động giám sát của các thành viên trong đội chuyên trách và các đội phản ứng nhanh của hệ thống nên số trường hợp bệnh được ghi nhận nhiều hơn, tăng độ bao phủ của các điểm giám sát trong quận. Giá trị dự đoán dương tính của hệ thống giám sát đạt tới 99,5% sau khi triển khai can thiệp, điều này chứng tỏ định nghĩa trường hợp SXHD là phù hợp và sự áp dụng định nghĩa trường hợp bệnh của hệ thống giám sát rất tốt.

Ý kiến trả lời phỏng vấn sâu về hiệu quả can thiệp rút ngắn thời gian phát hiện, điều tra trường hợp bệnh của lãnh đạo các đơn vị giám sát trong hệ thống cũng khẳng định về khả năng đạt chỉ tiêu rút ngắn thời gian phát hiện của hệ thống cũng như năng lực tổ chức lấy mẫu, thực hiện xét nghiệm của TTYT tuyến quận, huyện sau khi được đào tạo, tập huấn và cung cấp các trang thiết bị phù hợp, góp phần đẩy nhanh quá trình phát hiện, báo cáo và xử lý trường hợp bệnh của quận.

Đối với bệnh tả, do trong năm 2012 tại quận Đống Đa không phát hiện được trường hợp nghi tả nên không có số liệu so sánh trước và sau khi triển khai mô hình. Vì vậy nghiên cứu của chúng tôi chỉ đánh giá được hiệu quả can thiệp dựa trên các tiêu chí giám sát chuẩn theo tài liệu hướng dẫn của Bộ Y tế. Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian trung bình từ ngày trường hợp đầu tiên được phát hiện có triệu chứng nghi mắc tả đến ngày được lấy mẫu xét nghiệm chẩn đoán bệnh, xử lý $2,1 \pm 1,0$ ngày; thời gian trung bình từ ngày lấy mẫu đến khi có kết quả xét nghiệm $1,2 \pm 0,4$ ngày và thời gian trung bình từ ngày mắc bệnh đến khi có kết quả xét nghiệm là $3,1 \pm 1,1$ ngày. Như vậy,

các yêu cầu về thời gian đối với từng hoạt động giám sát trường hợp nghi tả sau can thiệp đều đáp ứng quy định của Bộ Y tế đối với các dịch bệnh nhóm A (báo cáo ngay khi phát hiện trường hợp bệnh và điều tra trong vòng 24 giờ kể từ khi phát hiện) [25].

4.2.2 Hiệu quả cải thiện chất lượng báo cáo giám sát và phân tích số liệu

Cải thiện chất lượng thực hiện báo cáo giám sát bệnh truyền nhiễm là việc cần thiết trong hoạt động giám sát tại tuyến cơ sở. Chất lượng báo cáo giám sát BTN hàng tuần và hàng tháng của các đơn vị giám sát tuyến phường của quận Đống Đa được cải thiện rõ rệt với 100% phường thực hiện báo cáo và tỷ lệ các đơn vị gửi báo cáo đúng hạn đạt 98,9% -100%, so với trước can thiệp; 100% báo cáo đầy đủ thông tin với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Mức độ cải thiện chất lượng báo cáo giám sát trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thu Yên và CS tại Hải Dương năm 2010 khi triển khai thí điểm mô hình giám sát điểm sử dụng phần mềm giám sát phát hiện sớm với tỷ lệ báo cáo từ tuyến huyện lên tuyến tỉnh tăng từ 29,4% tới 36,4%, từ tuyến xã lên huyện tăng từ 31,2% tới 76,8%, và từ các bệnh viện/phòng khám đa khoa tới Trung tâm YTDP huyện tăng từ 33,7% tới 71,5% [60].

Việc cải thiện chất lượng thực hiện báo cáo của các đơn vị trong hệ thống giám sát BTN còn được thể hiện qua tính đúng hạn và tính đầy đủ thông tin của báo cáo. Tính đúng hạn được coi là chìa khóa và là một trong những yêu cầu quan trọng nhất về chất lượng của HTGS, do vậy cải thiện được tính đúng hạn tức là cải thiện được khả năng phát hiện sớm để có thể có biện pháp đáp ứng kịp thời với bệnh dịch. Trong nghiên cứu này, sau can thiệp, đối với báo cáo tuần, 98,9% số báo cáo của các TYT và 100% số báo cáo của TTYT quận đã được thực hiện đúng hạn, tăng lần lượt 26,4% và 80,8% so với trước can thiệp với chỉ số hiệu quả tương ứng đạt 34,6% và

420%; tương tự như vậy đối với báo cáo tháng, 100% số báo cáo giám sát của các tuyến đều được thực hiện đúng hạn. Những con số này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Liên và cộng sự thực hiện tại 8 tỉnh ghi nhận tỷ lệ báo cáo được các điểm giám sát gửi đúng hạn chiếm 97,9% sau can thiệp với hiệu quả can thiệp về tính đúng hạn của báo cáo của nghiên cứu đạt khoảng 16%-17% [40].

Phân tích dữ liệu về các trường hợp bệnh trong các báo cáo giám sát cũng cho thấy các trường hợp bệnh đều được ghi nhận với đầy đủ thông tin cơ bản như tên, tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp, ngày khởi phát, ngày phát hiện và ngày báo cáo cũng như các triệu chứng. Tính đầy đủ thông tin của các báo cáo giám sát hàng tuần và hàng tháng được thực hiện bởi hệ thống giám sát BTN tuyến phường và tuyến quận của quận Đống Đa gia tăng rõ rệt sau can thiệp so với thời điểm trước can thiệp (tỷ lệ báo cáo có đầy đủ thông tin sau can thiệp đạt 100%), chỉ số hiệu quả đạt từ 61,5% đến 100%, những khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Số liệu cải thiện chất lượng báo cáo giám sát trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thu Yến và CS tại Hải Dương năm 2010 khi triển khai thí điểm mô hình giám sát điểm sử dụng phần mềm giám sát phát hiện sớm. Nhóm nghiên cứu này cho thấy mô hình có tác động gia tăng rõ rệt khả năng thu thập và báo cáo đúng hạn, báo cáo sớm số liệu giám sát (báo cáo từ tuyến huyện lên tuyến tỉnh tăng từ 29,4% tới 36,4%, từ tuyến xã lên huyện tăng từ 31,2% tới 76,8%, và từ các bệnh viện/phòng khám đa khoa tới trung tâm YTDP huyện tăng từ 33,7% tới 71,5% [60]. Theo kết quả đánh giá hoạt động báo cáo bệnh truyền nhiễm theo Thông tư 54/2015/TT-BYT tại Bắc Giang năm 2016 của nhóm nghiên cứu thuộc Cục Y tế dự phòng [27], các báo cáo có tính chất đầy đủ và đúng hạn của các đơn vị Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh, Trung tâm Y tế huyện luôn dao động từ 30% đến 45% ở thời gian đầu triển khai thí điểm phần mềm

báo cáo bệnh truyền nhiễm (trước tháng 5 năm 2016); đến 03 tháng cuối năm 2016, tình hình báo cáo đã có tiến bộ, cải thiện hơn trước (tỷ lệ báo cáo tuần và báo cáo tháng mà Trung tâm Y tế huyện nhận được đúng hạn đạt 53% và 56%; 72% trường hợp bệnh báo cáo 24 giờ đúng hạn. Tại các Trạm Y tế xã, 64% báo cáo tuần được đánh giá có tính đầy đủ. Như vậy, tính đúng hạn và đầy đủ hiện vẫn đang là thách thức đối với hoạt động báo cáo bệnh truyền nhiễm tại một số địa phương.

Chất lượng thực hiện báo cáo giám sát còn được thể hiện qua kỹ năng phân tích số liệu giám sát bệnh truyền nhiễm của các đơn vị thuộc HTGSBTN tại quận Đống Đa. Sau can thiệp, kết quả đánh giá cho thấy kỹ năng phân tích số liệu giám sát BTN của các TYT thuộc quận Đống Đa được cải thiện rất nhiều: 100% đơn vị đã biết cách phân tích số liệu BTN xác định tỷ lệ chết/mắc và theo các yếu tố thời gian, địa điểm, con người với chỉ số hiệu quả cải thiện đạt từ 233%-1900%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Kết quả này tương tự như kết quả nghiên cứu can thiệp của Nguyễn Thị Phương Liên thực hiện tại huyện Tân Hồng, tỉnh Đồng Tháp năm 2009 khi cho thấy 9/9 TYT của huyện đã thực hiện phân tích số liệu giám sát trường hợp cúm với chỉ số hiệu quả là 125% [40]. Khả năng phân tích số liệu giám sát BTN đơn vị phản ánh khả năng làm chủ số liệu của CBYT trong hệ thống giám sát, đây cũng là một trong những chỉ số đánh giá về năng lực thực hành của cán bộ giám sát.

Như vậy, với các biện pháp can thiệp phù hợp với thực tế của quận Đống Đa, chất lượng báo cáo giám sát và khả năng phân tích số liệu của TYT và TTYT đã được cải thiện đáng kể. Điều này cho phép hệ thống nâng cao được năng lực giám sát, phát hiện sớm và có thời gian để chuẩn bị để đáp ứng kịp thời với dịch bệnh.

4.2.3 Hiệu quả nâng cao kiến thức, thực hành của cán bộ giám sát của Hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm quận Đống Đa

Kiến thức chung của các cán bộ giám sát về giám sát bệnh truyền nhiễm là cần thiết cho công tác giám sát BTN và ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng của hoạt động giám sát. Để giám sát BTN đạt được chất lượng tốt, cán bộ giám sát cần được tập huấn về giám sát BTN để biết nội dung các văn bản pháp quy, quy định liên quan đến GSBTN, hiểu được các khái niệm BTN, phân loại BTN, định nghĩa giám sát BTN, quy trình điều tra, định nghĩa trường hợp bệnh và khái niệm về ngưỡng cảnh báo dịch cũng như biết được các nguồn có thể thu thập thông tin, các loại báo cáo cần thực hiện.

Kết quả khảo sát kiến thức về phòng chống dịch bệnh của nhân viên y tế làm công tác giám sát dịch tễ ở tuyến quận, huyện tại Hà Nội cho thấy có 42% số người được khảo sát trả lời đúng và đủ về khái niệm về giám sát bệnh truyền nhiễm, tuy nhiên, số người kể được đầy đủ 12 bước của quy trình điều tra dịch chỉ là 4%. Tuy tỷ lệ cán bộ giám sát biết đến khái niệm ngưỡng cảnh báo dịch là khá cao (87%) nhưng số biết cách sử dụng ngưỡng cảnh báo dịch chỉ chiếm chưa đầy một nửa (47%). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Liên (năm 2009) cũng cho thấy tỷ lệ cán bộ giám sát tuyến quận, huyện biết đúng ngưỡng cảnh báo dịch tả tại 20,7%, ngưỡng cảnh báo dịch cúm A/H5N1 chiếm 24,1% [40]. Việc biết và áp dụng được ngưỡng cảnh báo dịch rất quan trọng trong việc đưa ra cảnh báo sớm để phòng chống dịch kịp thời, vì vậy tăng cường hiểu biết và năng lực sử dụng ngưỡng cảnh báo dịch của cán bộ giám sát là một trong những nội dung tập huấn, đào tạo quan trọng trong can thiệp.

Việc tổ chức các lớp đào tạo, tập huấn cho cán bộ giám sát tại tất cả các đơn vị trong hệ thống giám sát của quận Đống Đa là biện pháp can thiệp cơ bản nhằm nâng cao kiến thức, thực hành của cán bộ. Sau khi triển khai các lớp tập huấn về lý thuyết và thực hành giám sát, điểm kiến thức và năng lực thực hành của cán bộ giám sát bệnh truyền nhiễm tại quận Đống Đa đã được

tăng đáng kể. Tại các TYT của quận, trung bình sự khác biệt về điểm kiến thức của cán bộ giám sát giữa thời điểm trước và sau thực hiện biện pháp can thiệp là 12,4 điểm với khoảng tin cậy 95% (8,5 đến 16) và trung bình sự khác biệt về điểm thực hành giữa trước và sau can thiệp là 2,0 điểm với khoảng tin cậy 95% (1,4 đến 2,6). Tại TTYT quận, sau can thiệp, điểm kiến thức trung bình của cán bộ giám sát cũng tăng 26,75 đơn vị điểm với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Như vậy tăng cường tập huấn, hội thảo nhằm phổ biến kiến thức chuyên sâu về giám sát dịch tễ, về các kỹ thuật xét nghiệm chẩn đoán BTN và về cách thức lập báo cáo, phân tích số liệu là phù hợp với thực tế và đã có tác dụng rõ rệt làm gia tăng kiến thức, thực hành của cán bộ giám sát. Đây có thể coi là biện pháp mấu chốt trong tổ chức can thiệp, tạo hiệu quả tốt đối với năng lực và chất lượng hoạt động của hệ thống, góp phần làm tăng năng lực phát hiện sớm, tổ chức đáp ứng nhanh với dịch bệnh, tăng tính chuyên nghiệp, tính hiện đại (phù hợp với xu hướng phát triển của toàn bộ hệ thống y tế) của hoạt động giám sát BTN tại tuyến quận, tạo tiền đề kỹ thuật cho mục tiêu dự báo xu hướng dịch bệnh và khả năng bùng phát dịch của hệ thống giám sát BTN. Đây cũng là nhận xét của Peter Nsubuga và cộng sự khi nghiên cứu áp dụng biện pháp tăng cường hệ thống y tế nhằm nâng cao năng lực giám sát và đáp ứng kịp thời BTN của hệ thống giám sát [97] và Shiraz Badurdeen cùng cộng sự [65] khi chia sẻ kinh nghiệm dựa trên nghiên cứu triển khai mô hình giám sát SXHD dựa trên bằng chứng tại Mỹ Latinh và Châu Á trong đó có Việt Nam.

Nội dung đào tạo được chú trọng về kỹ năng giám sát BTN theo các quy chuẩn bao gồm: sàng lọc phát hiện trường hợp bệnh, thống kê và tổng hợp, các kỹ năng phân tích số liệu, điều tra xử lý dịch, kỹ năng thực hiện báo cáo khẩn cấp, báo cáo hàng tuần và tháng, kỹ năng truyền thông cộng đồng... Kết quả khảo sát cho thấy biện pháp này có hiệu quả rõ rệt trong việc cải thiện kiến thức và kỹ năng thực hành trong một số nội dung giám sát BTN

nói chung và cụ thể là bệnh SXHD và trường hợp nghi tả như xác định trường hợp bệnh, báo cáo đúng hạn và phân tích số liệu, điều tra dịch tễ, theo dõi ổ dịch của các cán bộ giám sát. Những nội dung này rất quan trọng, có thể gia tăng kỹ năng phát hiện vấn đề sức khỏe ở cộng đồng và năng lực thực hiện theo quy trình chuẩn khi phát hiện được trường hợp bệnh truyền nhiễm. Nhất là trong bối cảnh tỷ lệ cán bộ giám sát các tuyến nói chung có kiến thức đúng về số bệnh truyền nhiễm cần giám sát còn thấp như kết quả khảo sát kiến thức về 28 bệnh truyền nhiễm trong nghiên cứu này cho thấy chỉ có 31% có câu trả lời đúng và đầy đủ, thấp hơn so với tỷ lệ khảo sát năm 2009 của Nguyễn Đức Thái tại tỉnh Bắc Ninh (48%) [47], tuy nhiên do đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu của Nguyễn Đức Thái không bao gồm khối điều trị và hệ thống y tế tư nhân nên nếu so sánh riêng tỷ lệ cán bộ hệ dự phòng trả lời đúng về câu hỏi này thì số liệu của chúng tôi cao hơn. Tỷ lệ cán bộ nêu được định nghĩa đúng và đủ một số bệnh truyền nhiễm đều rất thấp, giống như nhận xét của một số nghiên cứu trước đây [85], [38], [47]. Kết quả đánh giá tổng hợp thực trạng kiến thức của cán bộ thuộc hệ thống giám sát BTN trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 36,4% cán bộ có điểm kiến thức dưới trung bình và 28,1% có điểm đánh giá trung bình. Như vậy việc được tập huấn và đào tạo lại, đào tạo liên tục rất cần thiết, đặc biệt chú trọng cán bộ tuyến xã và cán bộ thuộc các cơ sở khám chữa bệnh vì có đến 82,8% số cán bộ thuộc PKĐK, 41,4% cán bộ bệnh viện và 38,5% cán bộ TYT có điểm kiến thức kém, trong khi đo chỉ có 1,8% cán bộ TTYT thuộc nhóm có kiến thức kém. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Liên cũng cho nhận xét tương tự với số liệu cho thấy cán bộ các tuyến có kiến thức đúng về định nghĩa ca bệnh và ngưỡng cảnh báo dịch cúm A/H5N1 không cao và giảm dần từ tuyến tỉnh đến huyện, thấp nhất ở tuyến xã [40].

Qua 1 năm triển khai chương trình can thiệp nâng cao năng lực cho cán bộ giám sát tại quận Đống Đa, tỷ lệ cán bộ giám sát dịch tễ tuyến phường biết

định nghĩa đúng khái niệm BTN tăng từ 29% lên 45% (chỉ số hiệu quả 53,0%); biết được cách phân loại các nhóm bệnh truyền nhiễm theo quy định của Bộ Y tế, nhất là kể được 3 bệnh trong nhóm A cũng gia tăng đáng kể sau can thiệp (từ 17,6% lên 75%); biết được các văn bản hướng dẫn giám sát BTN tăng từ 5,9% lên 57,5% (chỉ số hiệu quả 887,5%); biết đầy đủ các loại báo cáo cần thực hiện tăng từ 8,8% lên 70% (chỉ số hiệu quả 693,3%) và biết được đầy đủ các nguồn có thể thu thập thông tin tăng từ 2,9% lên 45% (chỉ số hiệu quả: 1430%). Tỷ lệ cán bộ giám sát nêu đúng và đầy đủ định nghĩa trường hợp BTN đều gia tăng sau can thiệp, đặc biệt đối với định nghĩa trường hợp nghi bệnh tả (tăng từ 14,7% đến 37,5%) và trường hợp SXHD (từ 50% đến 92,5%).

Kiến thức chung của các cán bộ giám sát dịch tễ có ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng thực hiện giám sát BTN [56]. Khả năng phân tích số liệu giám sát BTN của CBYT trong hệ thống giám sát cũng là một trong những chỉ số đánh giá về năng lực thực hành của cán bộ giám sát. Tại các TTYT quận, huyện của Hà Nội, tỷ lệ có phân tích số liệu BTN rất cao (92,7%), chỉ có 7,3% là chưa bao giờ phân tích số liệu BTN. Cán bộ giám sát tại các TTYT quận, huyện có thể phân tích số liệu BTN theo thời gian (tháng, tuần, ngày...) (87,3%), theo địa điểm (xã phường, tổ, thôn xóm...) (81,8%), theo giới, nghề nghiệp (74,5%) và hơn 58% đã thực hiện phân tích theo tỷ lệ chết/mắc, tỷ lệ mắc/100.000 dân.... Như vậy khả năng phân tích số liệu của cán bộ giám sát ở tuyến quận, huyện tại Hà Nội tốt hơn so với số liệu điều tra của Nguyễn Thị Phương Liên và cộng sự (2010) [41]. Theo nghiên cứu này, tỷ lệ cán bộ tại tuyến huyện có thể phân tích kết quả giám sát theo thời gian là 28,2%, theo địa dư là 35,9% và theo tỷ lệ mắc/dân số chiếm 55,1% và không thực hiện các phân tích theo yếu tố con người như tuổi, giới, nghề nghiệp...[41]. Một nghiên cứu thực hiện tại Oman đã chỉ ra sự ảnh hưởng của trình độ học vấn và số năm làm việc tại một cơ sở y tế công cộng đối với kiến thức về giám sát

bệnh truyền nhiễm của nhân viên y tế [105]. Nghiên cứu năm 2008 tại Jamaicho thấy có sự khác biệt đáng kể về kiến thức giám sát bệnh giữa các bác sĩ tư nhân và bác sĩ làm việc tại các cơ sở y tế công lập [63].

Năng lực của hệ thống giám sát liên quan mật thiết đến kiến thức về giám sát trường hợp bệnh của các nhân viên giám sát dịch tễ và các biện pháp can thiệp đã cải thiện đáng kể kiến thức của cán bộ giám sát trong nghiên cứu này. Tuy nhiên dù đã được đào tạo, tập huấn, tỷ lệ cán bộ có kiến thức đúng về định nghĩa khái niệm BTN (45%), về các nguồn thu thập thông tin về BTN (45%), về các trường hợp cần báo cáo đột xuất (57,5%) và đặc biệt là tỷ lệ cán bộ biết về định nghĩa trường hợp nghi tả sau can thiệp (37,5%) vẫn là những vấn đề cần chú ý vì như vậy trong thực tế mới có khoảng 37% - 50% số cán bộ giám sát tuyến phường biết các nội dung này, tức là vẫn còn khoảng 1/2 đến 2/3 số cán bộ chưa biết, có thể ảnh hưởng đến chất lượng hoạt động giám sát của các TYT phường, đây là vấn đề cần được chú ý để cải thiện sớm.

Như vậy, sau can thiệp, năng lực hoạt động của hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm của quận Đống Đa đã được cải thiện rõ rệt thông qua khả năng rút ngắn thời gian phát hiện trường hợp bệnh, tổ chức thực hiện giám sát và kiểm soát bệnh SXHD và các trường hợp nghi tả, gia tăng được độ nhạy và giá trị chẩn đoán dương tính của hệ thống giám sát đối với BTN như SXHD, gia tăng được chất lượng thực hiện các báo cáo giám sát định kỳ và đột xuất của các đơn vị giám sát các tuyến của quận, cải thiện được năng lực thực hiện phân tích số liệu giám sát của hệ thống và cải thiện được kiến thức, năng lực thực hành của cán bộ giám sát của hệ thống. Đây là những con số bước đầu cho thấy sự thành công của các biện pháp can thiệp. Tuy còn một số hạn chế như đã phân tích ở trên, nhưng nhìn chung, các biện pháp can thiệp được sử dụng trong nghiên cứu này đã mang lại hiệu quả tốt, có tính bền vững và phù hợp với thực tế giám sát BTN của quận Đống Đa, như các ý kiến trả lời phỏng vấn của cán bộ thuộc giám sát các tuyến hệ thống đều đồng thuận, thống nhất

cho rằng các biện pháp can thiệp này có thể triển khai tốt ở các quận, huyện khác. Về khả năng duy trì của hệ thống, hầu hết các ý kiến đều cho rằng việc duy trì là cần thiết vì hoạt động của hệ thống phù hợp với chức năng nhiệm vụ của các đơn vị. Các ý kiến cũng thống nhất cho rằng các biện pháp củng cố và tăng cường chất lượng hoạt động của hệ thống cũng cần phải được nhân rộng ra các quận, huyện khác vì bệnh nhân sinh sống ở nơi này thường đi khám ở các cơ sở y tế trên địa bàn khác, đồng thời cần có sự phối hợp tốt trong hoạt động giám sát giữa các quận, huyện để hoàn thiện và nâng cao chất lượng của toàn hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm trên địa bàn thành phố Hà Nội.

Một khi hệ thống giám sát được hoàn thiện và củng cố, vai trò của mỗi đơn vị trong hệ thống và các đơn vị phối hợp được phân định rõ, cán bộ giám sát biết được khi nào phải báo cáo, báo cáo cho ai, điều tra, xử lý như thế nào và đặc biệt đã có sự phối hợp nhịp nhàng giữa các đơn vị y tế các tuyến, giữa cán bộ y tế dự phòng và cán bộ lâm sàng, đảm bảo phát hiện và kiểm soát trường hợp bệnh truyền nhiễm cũng như vụ dịch một cách chính xác và kịp thời. Bên cạnh đó, việc chuyển giao kỹ thuật xét nghiệm nhanh cho tuyến quận cũng giúp cải thiện đáng kể khả năng phát hiện sớm của hệ thống và triển khai các biện pháp chống dịch kịp thời hơn. Hà Nội có mật độ dân cư cao, nhiều bệnh dịch có thể cùng xuất hiện, việc bệnh nhân sinh sống ở nơi này nhưng đi khám ở các cơ sở y tế nơi khác diễn ra thường xuyên, vì vậy cần nâng cao chất lượng hoạt động của hệ thống tại tất cả các quận, huyện và tăng cường phối hợp giữa các đơn vị trong hệ thống giám sát để công tác phòng, chống dịch trên địa bàn Hà Nội có chất lượng và hiệu quả hơn.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm tại Hà Nội

Hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm tại Hà Nội gồm 29 Trung tâm Y tế, 577 Trạm Y tế và các đơn vị khám chữa bệnh các tuyến. Về phối hợp giám sát bệnh truyền nhiễm giữa các đơn vị: Trung tâm Y tế quận, huyện có 24/29 đơn vị phối hợp với bệnh viện công lập và 18/29 đơn vị phối hợp với phòng khám đa khoa tư nhân; Trạm Y tế chủ yếu phối hợp với y tế thôn bản (70,4%) và cộng tác viên y tế (83,5%); Bệnh viện, Phòng khám đa khoa tư nhân phối hợp giám sát với Trung tâm Y tế dự phòng Hà Nội (19%) và với Trung tâm Y tế quận, huyện (65,1%) nhưng còn mang tính thụ động. Nhân lực của hệ thống đủ về số lượng nhưng còn hạn chế về chất lượng (16% bác sỹ và số nhân lực tham gia trực tiếp phòng chống dịch chiếm 18% tổng số cán bộ; 84,3% Trạm Y tế có bác sỹ).

Hoạt động giám sát của hệ thống chưa đồng đều (Báo cáo tháng và báo cáo tuần được thực hiện tại Trung tâm y tế thực hiện với tỷ lệ 87,9% và 60,5%, tại Trạm Y tế là 68,1% và 20,5%; tại các bệnh viện, phòng khám đa khoa là 13,1% và 16,6%. Khả năng phiên giải và phân tích số liệu còn hạn chế ở Trạm Y tế, ở bệnh viện và phòng khám đa khoa. Hầu hết các đơn vị tuyến huyện và xã trong hệ thống không có khả năng thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán).

Chức năng hỗ trợ được thực hiện khá đều tại các tuyến (100% các đơn vị có cán bộ được đào tạo, tập huấn về giám sát bệnh truyền nhiễm; 100% Trung tâm Y tế quận, huyện, 91,3% Trạm Y tế xã, phường và 74,6% cơ sở điều trị có tài liệu chuẩn hướng dẫn định nghĩa trường hợp bệnh) và có các phương tiện hỗ trợ).

Chất lượng hoạt động của hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm chưa đồng đều giữa Trung tâm Y tế, Trạm Y tế và các bệnh viện, phòng khám đa

khoa (68,3% - 98,6% đơn vị gửi báo cáo đúng thời hạn và 70,3% - 92,5% đơn vị báo cáo đầy đủ thông tin). Quy trình giám sát được đánh giá phù hợp và số liệu giám sát tương đối chính xác. Kiến thức, thực hành giám sát bệnh truyền nhiễm của cán bộ giám sát chưa đồng đều giữa các đơn vị thuộc khối dự phòng và khối điều trị: Kiến thức giám sát đạt mức khá và tốt ở khối dự phòng cao hơn khối điều trị, ngược lại thực hành giám sát đạt mức khá và tốt ở khối điều trị lại cao hơn khối dự phòng.

2. Hiệu quả một số biện pháp can thiệp nâng cao chất lượng của hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm tại quận Đống Đa, Hà Nội

Các biện pháp can thiệp đã nâng cao chất lượng của hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm trên địa bàn quận Đống Đa; biện pháp can thiệp được cán bộ trong hệ thống giám sát đánh giá có tính phù hợp, có tính khả thi và được chấp nhận. Đã rút ngắn được thời gian phát hiện, điều tra, xét nghiệm và xử lý ổ dịch sốt xuất huyết Dengue so với thời điểm trước can thiệp với tổng thời gian tính từ ngày mắc của bệnh nhân đầu tiên đến khi ổ dịch kết thúc giảm từ $19,5 \pm 4,5$ ngày xuống $16,9 \pm 3,2$ ngày ($p < 0,05$); đối với trường hợp nghi tả, thời gian kể từ phát hiện đến ngày điều tra trường hợp bệnh là $0,5 \pm 0,7$ ngày, đáp ứng yêu cầu của Bộ Y tế; độ nhạy của hệ thống tăng từ 59,3% lên 71% ($p < 0,05$) và giá trị chẩn đoán dương tính tăng từ 94,6 lên 99,5%.

Chất lượng báo cáo giám sát được cải thiện đáng kể tại tuyến phường và tuyến quận (100% báo cáo tuần, tháng được các tuyến thực hiện; báo cáo đúng hạn đạt 98,9%-100%; báo cáo đầy đủ thông tin tăng đến 100%; 100% đơn vị tuyến quận đã thực hiện phân tích số liệu giám sát với chỉ số hiệu quả đạt từ 300%-1900%). Kiến thức và thực hành giám sát bệnh truyền nhiễm của cán bộ thuộc hệ thống được cải thiện rõ rệt sau can thiệp.

KHUYẾN NGHỊ

1. Sở Y tế Hà Nội chỉ đạo tăng cường đào tạo, tập huấn nâng cao kiến thức và thực hành cho đội ngũ cán bộ y tế làm công tác giám sát dịch tại các tuyến, đặc biệt là tại các Trạm Y tế; ổn định đội ngũ cán bộ y tế làm công tác giám sát dịch ở các tuyến.
2. Tiếp tục củng cố, nâng cao khả năng phản ứng nhanh của các đội cơ động chống dịch, mỗi Trung tâm Y tế quận, huyện cần thành lập ít nhất 02 đội và trang bị đủ phương tiện để sẵn sàng triển khai chống dịch. Tăng cường ứng dụng công nghệ thông tin trong giám sát bệnh truyền nhiễm.
3. Thành phố Hà Nội quan tâm đầu tư trang thiết bị cho phòng xét nghiệm của Trung tâm Y tế quận, huyện để có thể xác định sớm tác nhân gây bệnh giúp cho việc khoanh vùng, xử lý dịch kịp thời. Có chính sách thu hút bác sỹ cho Trung tâm Y tế và Trạm Y tế.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH
LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN ĐÃ CÔNG BỐ

1. **Nguyễn Minh Hải, Nguyễn Khắc Hiền, Hoàng Đức Hạnh, Trịnh Quân Huấn (2016)**, “Thực trạng hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm tại Hà Nội năm 2013”, *Tạp chí Y học dự phòng-Tập XXVI, số 13 (186)*.

2. **Nguyễn Minh Hải, Nguyễn Khắc Hiền, Hoàng Đức Hạnh, Trịnh Quân Huấn (2016)**, “Hiệu quả can thiệp nhằm nâng cao năng lực phát hiện sớm và đáp ứng kịp thời với một số bệnh truyền nhiễm gây dịch tại Hà Nội”, *Tạp chí Y học dự phòng-Tập XXVI, số 13 (186)*.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Nguyễn Văn Bình, Nguyễn Đức Thanh (2013), "Thực trạng giám sát các bệnh truyền nhiễm tại 20 tỉnh/thành phố Việt Nam năm 2012", *Tạp chí Y học dự phòng, Tập XXIII, số 2 (137): 80-84.*
2. Nguyễn Văn Bình, Nguyễn Minh Hằng (2013), "Thực trạng nhân lực phòng chống bệnh truyền nhiễm tại 20 tỉnh/thành phố Việt Nam", *Tạp chí Y học dự phòng, Tập XXIII, số 2 (138): 46-53.*
3. Bộ Y tế (2000), Niên giám thống kê bệnh truyền nhiễm năm 2000, Hà Nội.
4. Bộ Y tế (2001), Niên giám thống kê bệnh truyền nhiễm năm 2001, Hà Nội.
5. Bộ Y tế (2002), Niên giám thống kê bệnh truyền nhiễm năm 2002, Hà Nội.
6. Bộ Y tế (2002), Quy chế thông tin, báo cáo bệnh truyền nhiễm gây dịch, Quyết định 4880/2002/QĐ-BYT ngày 06/12/2002 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
7. Bộ Y tế (2003), Niên giám thống kê bệnh truyền nhiễm năm 2003, Hà Nội.
8. Bộ Y tế (2004), *Dịch tễ học thực địa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
9. Bộ Y tế (2004), Niên giám thống kê bệnh truyền nhiễm năm 2004, Hà Nội.
10. Bộ Y tế (2005), Niên giám thống kê bệnh truyền nhiễm năm 2005, Hà Nội.
11. Bộ Y tế (2006), Niên giám thống kê bệnh truyền nhiễm năm 2006, Hà Nội.
12. Bộ Y tế (2007), *Dịch tễ, lâm sàng, điều trị và phòng chống bệnh viêm đường hô hấp cấp (SARS)*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
13. Bộ Y tế (2007), *Báo cáo bàn giao dự án phòng chống SD/SXHD quốc gia.*, Dự án phòng chống SD/SXHD quốc gia. Viện Pasteur thành phố Hồ Chí Minh.
14. Bộ Y tế (2007), *Cẩm nang triển khai công tác phòng chống bệnh tả*, Hà Nội.
15. Bộ Y tế (2008), Niên giám thống kê bệnh truyền nhiễm năm 2008, Hà Nội.
16. Bộ Y tế (2009), Niên giám thống kê bệnh truyền nhiễm năm 2009, Hà Nội.

17. Bộ Y tế (2009), *Báo cáo kết quả giám sát dịch tễ SD/SXHD tháng 12/2008*, Cục Y tế dự phòng và môi trường, Bộ Y tế, Hà Nội.
18. Bộ Y tế (2010), Hướng dẫn chế độ khai báo, thông tin, báo cáo bệnh truyền nhiễm, Thông tư số 48/2010/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế,.
19. Bộ Y tế (2010), Thông tư số 48/2010/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2010 của Bộ Y tế về Thông tư hướng dẫn chế độ khai báo, thông tin, báo cáo bệnh truyền nhiễm, Hà Nội.
20. Bộ Y tế (2010), *Báo cáo kết quả giám sát dịch tễ SD/SXHD tháng 12 năm 2009*, Cục Y tế dự phòng và môi trường, Bộ Y tế, Hà Nội
21. Bộ Y tế (2011), *Quyết định Về việc ban hành “Hướng dẫn giám sát và phòng, chống bệnh tay chân miệng”*, Quyết định số 581/QĐ-BYT ngày 24/2/2012, Hà Nội.
22. Bộ Y tế (2014), *Tình hình Sốt xuất huyết và các hoạt động phòng chống dịch đã triển khai đến tháng 5/2014*, <http://moh.gov.vn/news/pages/phongchongdichsoi.aspx?ItemID=578>.
23. Bộ Y tế (2015), Thông tư số 54/2015/TT-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2015 Hướng dẫn chế độ thông tin báo cáo và khai báo bệnh, dịch bệnh truyền nhiễm, Hà Nội.
24. Bộ Y tế - Cục Y tế dự phòng (2008), *Mô hình nâng cao năng lực cảnh báo sớm, đáp ứng nhanh của hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm, Dự án phòng chống bệnh truyền nhiễm khu vực tiểu vùng sông Mê Kông 2006-2009*.
25. Bộ Y tế - Cục Y tế dự phòng (2010), *Dịch tễ học thực địa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 23.
26. Cục Y tế dự phòng - Bộ Y tế (2015), *Thông tin dịch bệnh cúm A(H7N9, H5N6, H5N1) đến ngày 16/02/2015*, <http://vncdc.gov.vn/vi/h7n9/355/dich-benh-cum-a-h7n9-den-ngay-10-02-2015>.

27. Cục Y tế dự phòng - Bộ Y tế (2017), *Báo cáo đánh giá hoạt động báo cáo bệnh truyền nhiễm theo thông tư 54/2015/TT-BYT tại huyện Việt Yên và huyện Tân Yên, tỉnh Bắc Giang năm 2016*.
28. Cục Y tế dự phòng (2016), *Báo cáo tình hình bệnh truyền nhiễm năm 2016*.
29. Nguyễn Vĩnh Đông, Ngô Châu Giang, Nguyễn Thị Thanh Hương, Phạm Ngọc Thạch, Nguyễn Tuyết Thu, Nguyễn Thị Kiều Anh (2018), "Đặc điểm di truyền đoạn gen N của các vi rút đại lưu hành tại miền Bắc và miền Trung, Việt Nam, 2015-2016", *Tạp chí Y học dự phòng*. 28(5): 139-149.
30. Trần Như Dương, Nguyễn Nhật Cảm, Vũ Trọng Dực (2013), "Tình hình sốt xuất huyết Dengue tại Hà Nội 2006-2011", *Tạp chí Y học dự phòng, Tập XXIII, số 6 (142)*: 58-66.
31. Trần Như Dương, Nguyễn Trần Hiền, Phạm Thị Cẩm Hà, Vũ Đình Thiêm, Ngũ Duy Nghĩa, Đặng Đức Anh (2015), "Tình hình bệnh truyền nhiễm tại miền Bắc Việt Nam giai đoạn 2000-2014", *Tạp chí Y học dự phòng*. Tập XXV, số 8 (168): 21-30.
32. Phạm Ngọc Đỉnh, Hoàng Thủy Long, Nguyễn Thị Kim Tiến, Nguyễn Trần Hiền, Lê Thị Quỳnh Mai (2005), "Yếu tố nguy cơ của viêm phổi cấp do virus cúm A/H5N1 tại Việt Nam năm 2004", *Tạp chí Y học dự phòng*. Tập XV, số 5 (76): 5-11.
33. Phạm Ngọc Đỉnh, Nguyễn Thu Yên, Nguyễn Anh Tuấn (2004), "Ứng dụng công nghệ thông tin trong giám sát dịch bệnh: thực tế và tương lai", *Tạp chí Y học dự phòng*. tập XIV, số 4 (67): 98-99.
34. Đỗ Quang Hà (1992), *Tình hình sốt xuất huyết tại miền Nam Việt Nam từ 1975 – 1990 và sách lược phòng chống*, Luận án PTS Y học, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
35. Nguyễn Minh Hải, Hoàng Đức Hạnh, Nguyễn Nhật Cảm, Hạnh, Đặng Thị Kim (2013), "Một số đặc điểm dịch tễ học bệnh sốt xuất huyết Dengue ở Hà

Nội giai đoạn 2006-2011", *Tạp chí Y học dự phòng, tập XXIII, số 2(137): 35--39.*

36. Nguyễn Trần Hiền (2011), *Tình hình các bệnh dịch ở Việt Nam: thành công và thách thức*, Tài liệu Hội nghị khoa học Y học dự phòng toàn quốc, ngày 7 tháng 4 năm 2011, Đà Nẵng.
37. Nguyễn Văn Hiếu (1984), *Đặc điểm dịch tễ học các vụ dịch tả năm 1976-1980, 1981 do V.ElTor gây nên tại Hải Phòng*, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
38. Hội khoa học kinh tế y tế Việt Nam (2008), *Tóm tắt nghiên cứu đánh giá thực hiện chức năng nhiệm vụ của Trung tâm y tế huyện tại 8 tỉnh dự án "Dự phòng cúm và sẵn sàng ứng phó với đại dịch"*, <http://www.vhea.org.vn/print.html.aspx?newsid=195>.
39. Đặng Thị Thanh Huyền, Nguyễn Trần Hiền, Nguyễn Thành Trung (2010), "Đặc điểm dịch tễ bệnh sởi tại Việt Nam giai đoạn 2005 - 2009", *Y học thực hành*. 20(5 (113)).
40. Nguyễn Thị Phương Liên (2012), "Thực trạng giám sát bệnh truyền nhiễm gây dịch và thử nghiệm giải pháp can thiệp", *Luận án tiến sĩ, Hà Nội*.
41. Nguyễn Thị Phương Liên, Nguyễn Anh Dũng, Nguyễn Thị Thu Yên, Phan Trọng Lâm (2010), "Kiến thức và thực hành về giám sát bệnh truyền nhiễm của cán bộ y tế tại trung tâm y tế dự phòng tuyến tỉnh, huyện", *Tạp chí Y học dự phòng*. Tập XX, tr. 20-26.
42. Quốc hội (2007), Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm số 03/2007/QH12 ngày 21/11/2007 tr. 9-10.
43. Nguyễn Ngọc Quỳnh, Trần Thị Minh Huệ, Hoàng Đức Hạnh và cs (2016), "Một số đặc điểm dịch tễ học bệnh Tay chân miệng tại Hà Nội năm 2011-2014", *Tạp chí Y học dự phòng, tập. XXVI, số 2(175)*.

44. Sở Y tế Hà Nội (2016), *Tăng cường công tác phòng, chống bệnh đại trên động vật*, <http://www.soyte.hanoi.gov.vn/Default.aspx?u=dt&id=14816>. Ngày 20/5/ 2016.
45. Nguyễn Vũ Sơn, Nguyễn Lê Khánh Hằng, Ngô Hương Giang, Triệu Thị Thanh Vân (2015), "Căn nguyên vi rút hô hấp ở trẻ nhiễm vi rút sởi điều trị tại bệnh viện Nhi TƯ và bệnh viện Bạch Mai", *Tạp chí Y học dự phòng, tập XXV, số 8(168): 103-107*.
46. Hoàng Văn Tân (2009), *Dịch tễ học bệnh tay chân miệng và biện pháp phòng chống*, Tài liệu lưu hành nội bộ Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, Hà Nội.
47. Nguyễn Đức Thái (2009), *Đánh giá hoạt động giám sát và đáp ứng phòng chống bệnh truyền nhiễm tại huyện Tiên Du, Bắc Ninh năm 2009*, ĐH Y tế công cộng.
48. Trần Văn Tiến (2003), "Giám sát dịch tễ học", *Giám sát và kiểm soát bệnh truyền nhiễm ở người*, Nhà xuất bản Khoa học và kỹ thuật, Hà Nội, tr. 25 - 41.
49. Tổ chức Y tế Thế giới (2001), *Tài liệu hướng dẫn phòng chống sốt Dengue và sốt xuất huyết Dengue*, Nhà xuất bản Y học.
50. Tổ chức Y tế Thế giới (2015), *Bệnh tả và tiêu chảy cấp*, <http://www.wpro.who.int/vietnam/topics/cholera/factsheet/vi/>.
51. Tổng cục thống kê (2011), "Niên giám thống kê 2010", *Nhà xuất bản Thống kê, Hà Nội*.
52. Tổng cục thống kê (2011), *Niên giám thống kê Hà Nội*, Nhà xuất bản thống kê.
53. VNCDL (2016), *Bệnh sởi*, <http://vncdc.gov.vn/vi/danh-muc-benh-truyen-nhiem/1095/benh-soi>.
54. Viện Khoa học thống kê (2014), *Dữ liệu và thống kê về bệnh lao*, <http://vienthongke.vn/tin-tuc/43-tin-tuc/2005-du-lieu-va-thong-ke-ve-benh-lao>.
55. Viện Sốt rét- ký sinh trùng-côn trùng TP Hồ Chí Minh (2016), *Báo cáo tổng kết công tác phòng chống sốt xuất huyết năm 2015 và kế hoạch năm 2016*.

56. Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương (2008), "Báo cáo kết quả điều tra đánh giá hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm tại 8 tỉnh của dự án VAHIP".
57. Viện Vệ sinh dịch tễ trung ương (2009), *Xây dựng mô hình giám sát điểm một số bệnh truyền nhiễm gây dịch tại tỉnh Hải Dương*, Báo cáo đề tài cấp Bộ.
58. Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương (2011), *Thông báo dịch tuần 53 năm 2011*, Hà Nội.
59. Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương (2015), *Báo cáo sốt xuất huyết Dengue năm 2015*. Hà Nội.
60. Nguyễn Thị Thu Yên và cs (2010), *Xây dựng mô hình giám sát điểm một số bệnh truyền nhiễm gây dịch tại tỉnh Hải Dương*, Viện Vệ sinh dịch tễ TW, Hà Nội.
61. Nguyễn Thị Thu Yên và cs (2015), "Tình hình viêm phổi nặng do cúm tại Việt Nam giai đoạn 2006-2015", *Tạp chí Y học dự phòng*. tập XXV, số 8(168): 31-38.
62. Nguyễn Thị Thu Yên và cs (2015), "Đặc điểm lan truyền và phân bố ca bệnh trong vụ dịch sởi ở khu vực miền Bắc Việt Nam, 2013-2014", *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập XXV, số 8(168): 81-88.

Tiếng Anh

63. Al-Maniri, A. A., Al-Rawas, O. A., Al-Ajmi, F., De Costa, A., Eriksson, B., Diwan, V. K. (2008), "Tuberculosis suspicion and knowledge among private and public general practitioners: Questionnaire Based Study in Oman", *BMC Public Health*. 8, p. 177.
64. Australian Government (2011), *National Notifiable Diseases Surveillance System*, Department of Health and Ageing, Australian Government, accessed 6th May-2011, from <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/cda-surveil-nndss-nndssintro.htm>.
65. Badurdeen, S., Valladares, D. B., Farrar, J., Gozzer, E., Kroeger, A., Kuswara, N., Ranzinger, S. R., Tinh, H. T., Leite, P., Mahendradhata, Y., Skewes, R., Verrall, A. (2013), "Sharing experiences: towards an evidence based model of dengue surveillance and outbreak response in Latin America and Asia", *BMC Public Health*. 13, p. 607.
66. Bai, Bing-ke, Xu, Zhe, Shen, Hong-hui (2015), "Infectious disease surveillance in China", *Journal of Infection*. 71(6), pp. 698-700.
67. Bausch, D. G. (2007), *Ebola, Marburg, Lassa, and other Hemorrhagic Fevers*, Second ed, Emerging infectious diseases trends and issues, ed. Lashley, Felissa R. and Durham, Jerry D., Springer Publishing Company, New York, 133-158.
68. Bosman, A., Vliet, H. V. (2007), "The Netherlands' Infectious Diseases Surveillance Information System (ISIS)", in M'ikanatha, N. M., et al., Editors, *Infectious Disease Surveillance*, Blackwell Publishing, Oxford, UK, pp. 294-303.
69. Brownstein, J. S., Freifeld, C. C., Reis, B. Y. , Mandl, K. D (2007), *HealthMap: Internet-Based Emerging Infectious Disease Intelligence*, Global

Infectious Disease Surveillance and Detection Assessing the Challenges - Finding Solutions. Workshop summary, The National Academies Press, Washington, DC, 122-135.

70. CDC (2001), "Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems", *Morbidity and Mortality Weekly Report* 50(RR13), pp. 1-35, <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5013a1.htm>.
71. CDC (2001), *Description of the NEDSS Base System March 28, 2001*, CDC, Atlanta, accessed, from <http://www.cdc.gov/nedss/BaseSystem/NEDSSBaseSysDescription.pdf>.
72. CDC (2004), "Framework for Evaluating Public Health Surveillance Systems for Early Detection of Outbreaks", *Recommendations and Reports, MMWR*. 53(RR05), pp. 1-11.
73. CDC (2006a), *Syndromic surveillance: An applied approach to outbreak detection*, accessed, from <http://www.cdc.gov/EPO/dphsi/syndromic.htm>.
74. CDC (2018), *Influenza*, <https://www.cdc.gov/flu/>. December 28, 2018.
75. Corless, I. B. (2007), *HIV/AIDS*, Second ed, Emerging infectious diseases trends and issues, ed. Lashley, Felissa R. and Durham, Jerry D., Springer Publishing Company, New York, 209-220.
76. East African Community Health (2011), *EAIDSNet*, accessed, from http://www.eac.int/health/index.php?option=com_content&view=article&id=69&Itemid=136.
77. ECDC (2011), *Surveillances* ECDC, Stockhom, accessed, from http://www.ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/Pages/Activities_Surveillance.aspx.
78. GAO (2001), *Global health - Challenges in improving infectious disease surveillance systems*, Report to Congressional Requesters. United States General Accounting Office, GAO-01-722 Global Health.

79. Global Health and Security Initiative (2011), *Southern African Centre for Infectious Disease (SACIDS)*, accessed, from <http://www.ghsi.org/projects/sacids.html>.
80. Haagmans, B. L., Osterhaus, A. D. M. E. (2007), "SARS: From Zoonosis to Pandemic Threat", in Lashley, Felissa R. and Durham, Jerry D., Editors, *Emerging infectious disease trends and issues*, Springer Publishing Company, New York, pp. 325-336.
81. Heymann, D. L., Rodier, G. (2004), "Global surveillance, national surveillance, and SARS", *Emerg Infect Dis.* 10(2), pp. 173-5.
82. Kelley, P. W. (2007), "Overview of surveillance strategy", *Global Infectious Disease Surveillance and Detection Assessing the Challenges - Finding Solutions. Workshop summary*, The National Academies Press, Washington, DC, pp. 45-48.
83. Kimball, A. M., Moore, M., French, H. M., Arima, Y., Ungchusak, K., Wibulpolprasert, S., Taylor, T., Touch, S., Leventhal, A. (2008), "Regional infectious disease surveillance networks and their potential to facilitate the implementation of the international health regulations", *Med Clin North Am.* 92(6), pp. 1459-71, xii.
84. Kimball A. M., Moore M., French H. M., Arima Y. (2008), "Regional Infectious disease surveillance Networks and their potential to facilitate the implementation of the International Health Regulations", *Med Chin N Am.* 92,, pp. 1459-1471.
85. Konowitz, P. M., Petrossian, G. A., Rose, D. N. (1984), "The underreporting of disease and physicians' knowledge of reporting requirements", *Public Health Rep.* 99(1), pp. 31-5.
86. Krause, G., Altmann, D., Faensen, D., Porten, K., Benzler, J., Pfoch, T., Ammon, A., Kramer, M. H., Claus, H. (2007), "SurvNet electronic

- surveillance system for infectious disease outbreaks, Germany", *Emerg Infect Dis.* 13(10), pp. 1548-55.
87. Krause, G., Ropers, G., Stark, K. (2005), "Notifiable disease surveillance and practicing physicians", *Emerg Infect Dis.* 11(3), pp. 442-5.
 88. Lam, P. Y. (2008), "Avian influenza and pandemic influenza preparedness in Hong Kong", *Ann Acad Med Singapore.* 37(6), pp. 489-96.
 89. Lashley, F. R. (2006), "Emerging Infectious Diseases at the Beginning of the 21st Century", *Online Journal of Issues in Nursing.* 11(1), p. Manuscript 1. DOI: 10.3912/OJIN.Vol11No01Man01.
 90. Lombardo, J. (2007), "Implications of "Real Time" Versus "Batch Reporting" for Surveillance", *Global Infectious Disease Surveillance and Detection Assessing the Challenges - Finding Solutions. Workshop summary*, The National Academies Press, Washington, DC, pp. 72-77.
 91. M'ikanatha, N. M., Lynfield, R. , Julian, K. G., Van Denedenm, C. A., Valk, H. (2007), "Infectious Disease Surveillance: A Corner stone for Prevention and Control", in M'ikanatha, N. M., et al., Editors, *Infectious Disease Surveillance*, Blackwell Publishing, Oxford, UK, pp. 3 - 17.
 92. Mawudeku, A., Lemay, R., Werker, D., Andraghetti, R., John, R. S. (2007), *The Global Public Health Intelligence Network*, Infectious Disease Surveillance, ed. M'ikanatha, N. M., et al., Blackwell Publishing, Oxford, UK, 304-317.
 93. Moore M. R., Lynfield R., Whitney C. G. (2007), "Surveillance for Antimicrobial-Resistant *Streptococcus pneumoniae*", in M'ikanatha, N. M., et al., Editors, *Infectious Disease Surveillance*, Blackwell Publishing, Oxford, UK, pp. 44-56.
 94. Morens D. M., Folkers G.K., Fauci A. S. (2004), "The challenge of emerging and re-emerging infectious disease", *Nature.* 430,, pp. 242-249.

95. Morse, S. S. (2007), "MarketWatch: Global Infectious Disease GS And Health Intelligence", *Health Affairs*. 26(4), pp. 1069–1077.
96. Morse, S. S. (2007), *Global Infectious Disease Surveillance and Early Warning Systems: ProMED and ProMED-Mail*, Global Infectious Disease Surveillance and Detection Assessing the Challenges - Finding Solutions. Workshop summary, The National Academies Press, Washington, DC, 109-115.
97. Nsubuga, P., Nwanyanwu, O. , Nkengasong, J.N. , Mukanga, D. , Trostle, M. (2010), "Strengthening public health surveillance and response using the health systems strengthening agenda in developing countries", *BMC Public Health*, 10 (Suppl 1): S5.
98. Rolfhamre, P., Jansson, A., Arneborn, M., Ekdahl, K. (2006), "SmiNet-2: Description of an internet-based surveillance system for communicable diseases in Sweden", *Euro Surveill*. 11(5), pp. 103-7.
99. Stoto, M. A. (2007), "Syndromic Surveillance in Public Health Practice", *Global Infectious Disease Surveillance and Detection Assessing the Challenges - Finding Solutions. Workshop summary.*, The National Academies Press, Washington, DC, pp. 63-71.
100. Surveillance, MeKong Basin Disease (2011), *Action plan 2008–2013*. , accessed, from http://www.ghsi.org/downloads/MBDS_Action_Plan.pdf
101. Thacker, S. B., Guthrie (2002), "Surveillance", in B., Gregg M., Editor, *Field Epidemiology*, Oxford University Press, New York, pp. 26-50.
102. Van Benedenm, B. H., van Vliet, J. A. (2008), "Reflections on an evaluation of the Dutch infectious diseases surveillance information system", *Euro Surveill*. 13(11), p. =8070. Availble from <http://eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=8070>.

103. Van Benedenm, C. A., Olsen, S. J., Skoff, T. H, Lynfield, R. (2007), "Active,Population-Based Surveillance for Infectious Diseases", in M'ikanatha, N. M., et al., Editors, *Infectious Disease Surveillance*, Blackwell Publishing, Oxford, UK, pp. 32 - 43.
104. Wang, L., Wang, Y., Jin, S., Wu, Z., Chin, D. P., Koplan, J. P., Wilson, M. E. (2008), "Health system reform in China 2. Emergence and control of infectious diseases in China ", *Lancet* 372(2008), pp. 1598–605.
105. White, Zahra Nailah (2011), *Survey on the knowledge, attitudes and practices on tunerculosis (TB) among health care workers in Kingston & St. Andrew, Jamaica* Public Health, University of Liverpool
106. WHO (1999), *Prevention and control of dengue and dengue haemorrhagic fever. Comprehensive guidelines.*, World Health Organization, Regional office for South-East Asia New Delhi, 3-71.
107. WHO (2001), *Protocol for the Assessment of National Communicable Disease Surveillance and Response Systems. Guidelines for Assessment Teams*, WHO/CDS/CSR/ISR/2001.2, February 2001, 1-76.
108. WHO (2003), "Acute respiratory syndrome, China", *Weekly Epidemiology Review*,. 78 pp. 41-48.
109. WHO (2003), *Regional Strategic Plan for Integrated Disease Surveillance 2002-2010*, World Health Organization Regional Office for South-East Asia, New Delhi.
110. WHO (2005), *International Health Regulations 2005*, Second Edition ed, WHO Press, Switzerland.
111. WHO (2006), *Communicable disease surveillance and response systems: Guide to monitoring and evaluating*, National Epidemic Preparedness and Response, WHO/CDS/EPR/LYO/2006.2, 1-90.

112. WHO (2006), "Weekly epidemiological record - 4 August 2006". 31(81), pp. 297-308.
113. WHO (2008), "Weekly epidemiological record - 1st August 2008, 83rd year". 31(83), pp. 269-284.
114. WHO (2009), *Pandemic Influenza Preparedness and Response*, WHO, Geneva.
115. WHO (2009), "Weekly epidemiological record, July 2009, 84th year". 31(84), pp. 309-324.
116. WHO (2010), *Pandemic (H1N1)2009- update 115*, accessed, from http://www.who.int/csr/don/2010_08_27/en/index.html.
117. WHO (2011), *Cumulative Number of Confirmed Human Cases of Avian Influenza A(H5N1) Reported to WHO*, accessed, from http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/country/cases_table_2011_06_16/en/index.html.
118. WHO (2011), *Avian influenza*, Truy cập ngày 12/2/2012 tại trang Web http://www.who.int/mediacentre/factsheets/avian_influenza/en/index.html, accessed 12/02/2012, from http://www.who.int/mediacentre/factsheets/avian_influenza/en/index.html.
119. WHO (2011), *Global infectious disease surveillance, Fact sheet N°200*, accessed, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs200/en/index.html>.
120. WHO (2012), *H5N1 avian influenza: Timeline of major events*, Truy cập ngày 25/2/2012 tại trang Web http://www.who.int/csr/don/2012_03_19/en/index.html, accessed, from http://www.who.int/csr/don/2012_03_19/en/index.html.
121. WHO (2012), *Cumulative number of confirmed human cases for avian influenza A(H5N1) reported to WHO, 2003-2012*, Truy cập ngày 21/2/2012 tại trang Web

- http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/EN_GIP_20120221CumulativeNumberH5N1cases.pdf accessed-21/2/2012, from http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/EN_GIP_20120221CumulativeNumberH5N1cases.pdf.
122. WHO (2012), *WPRO Hand, Foot and Mouth Disease Situation Update, 12 January 2012*, accessed, from http://www.wpro.who.int/emerging_diseases/HFMD.12Jan2012.pdf.
123. WHO (2014), *Global tuberculosis report, 2014*, accessed.
124. WHO (2016), *Zika situation report*
125. WHO (2018), *Cholera*, https://www.who.int/gho/epidemic_diseases/cholera/en/.
126. WHO (2018), *Western Pacific Region hand, foot and mouth disease (HFMD) surveillance* <http://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/14191/HFMD-20180828.pdf>.
127. WHO (2018), *Global tuberculosis report 2018*.
128. WHO and CDC (2005), *Guide for the use of core Integrated Disease Surveillance and Response Indicators in the African Region*, Division of communicable disease prevention and control, World Health Organization Regional Office for Africa, July 2005.
129. WHO Regional Office for Africa, CDC (2001), *Technical guidelines for integrated disease surveillance and response in the African region*, Harare, Zimbabwe and Atlanta, Georgia, USA, 1-229.
130. WHO Regional Office for the Western Pacific (2011), *Regional Strategy to Stop Tuberculosis in the Western Pacific Region 2011-2015*, WHO, 52.

131. Yang, F., Zhang, T., Hu, Y., Wang, X., Du, J., Li, Y., Sun, S., Sun, X., Li, Z., Jin, Q. (2011), "Survey of enterovirus infections from hand, foot and mouth disease outbreak in China, 2009", *Virol J.* 8, p. 508.
132. Yu, J. G., Liu, Y. D., Qiao, L. Y., Wang, C. J. (2011), "[Epidemiological study and clinical analysis of 931 children with hand foot and mouth disease in Yantai]", *Zhonghua Shi Yan He Lin Chuang Bing Du Xue Za Zhi.* 25(5), pp. 374-6.

**Phụ lục 1: CÁC MẪU PHIẾU ĐIỀU TRA HOẠT
ĐỘNG CỦA HỆ THỐNG GIÁM SÁT BỆNH
TRUYỀN NHIỄM HÀ NỘI**

MẪU 1 - MÔ TẢ HOẠT ĐỘNG GIÁM SÁT BỆNH TRUYỀN NHIỄM TẠI TRUNG TÂM Y TẾ QUẬN HUYỆN

Điều tra viên: Đơn vị công tác:

Ngày điều tra:

TTYT quận/huyện/thị xã: Mã đơn vị

I/ THÔNG TIN CHUNG (Theo phiếu khảo sát TTYT quận huyện)

II/ MÔ TẢ HỆ THỐNG GIÁM SÁT

Người báo cáo: Điện thoại:

Công việc phụ trách:

Code	Nội dung	Ph.pháp
A	Cấu trúc của HTGS	
A1	Trung tâm có các tài liệu/quy định tổ chức giám sát BTN không? ☐ 1. Có ☐ 2. Không	Quan sát
A2	Nếu có là những tài liệu nào?	Đọc đáp án, xem tài liệu đơn vị có
A3	a) Luật phòng chống bệnh truyền nhiễm ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
A4	b) Thông tư 48/2010/TT-BYT về hướng dẫn chế độ khai báo, thông tin, báo cáo BTN. ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
A5	c) CV số 523/NVY-SYT ngày 13/6/2011 của SYT HN về thực hiện báo cáo tình hình bệnh nhân mắc bệnh dịch. ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
	d) Khác:	
A6	Trung tâm có tổ chức giám sát BTN không? ☐ 1. Có ☐ 2. Không	Hỏi + quan sát tài liệu liên quan
A7	Khoa phòng nào chịu trách nhiệm chính trong tổ chức giám sát BTN?	Hỏi
A8	a) Khoa KSDB và HIV/AIDS	
A9	b) Khoa YTCC	
	c) Khoa khác:	
A10	Trung tâm phối hợp với các đơn vị nào trong tổ chức giám sát BTN?	Hỏi
A11	a) Bệnh viện TP ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
A12	b) Bệnh viện huyện ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
A13	c) Bệnh viện tư nhân ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
A14	d) Phòng khám đa khoa tư nhân ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
A15	e) Trạm Y tế xã/phường ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
A16	f) Y tế cơ quan, XN, trường học ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
A17	g) Mạng lưới xét nghiệm ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
A18	h) Thú y ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
	i) Khác:	

A19	Tóm tắt cách thức phối hợp với các đơn vị:																																																											
	Trung tâm có tổ chức họp thường kỳ với các đơn vị phối hợp không? <table border="1"> <thead> <tr> <th>TT</th> <th>Đơn vị</th> <th>Định kỳ hàng tháng</th> <th>Định kỳ hàng quý</th> <th>Khi có yêu cầu</th> <th>Không họp</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A20</td> <td>Bệnh viện TP</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>A21</td> <td>Bệnh viện huyện</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>A22</td> <td>Bệnh viện tư nhân</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>A23</td> <td>PKĐK tư nhân</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>A24</td> <td>TYT xã/phường</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>A25</td> <td>Mạng lưới XN</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>A26</td> <td>Thú y</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>A27</td> <td>Khác</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>					TT	Đơn vị	Định kỳ hàng tháng	Định kỳ hàng quý	Khi có yêu cầu	Không họp	A20	Bệnh viện TP	☐	☐	☐	☐	A21	Bệnh viện huyện	☐	☐	☐	☐	A22	Bệnh viện tư nhân	☐	☐	☐	☐	A23	PKĐK tư nhân	☐	☐	☐	☐	A24	TYT xã/phường	☐	☐	☐	☐	A25	Mạng lưới XN	☐	☐	☐	☐	A26	Thú y	☐	☐	☐	☐	A27	Khác	☐	☐	☐	☐	Quan sát số giao ban, nhật ký cuộc họp
TT	Đơn vị	Định kỳ hàng tháng	Định kỳ hàng quý	Khi có yêu cầu	Không họp																																																							
A20	Bệnh viện TP	☐	☐	☐	☐																																																							
A21	Bệnh viện huyện	☐	☐	☐	☐																																																							
A22	Bệnh viện tư nhân	☐	☐	☐	☐																																																							
A23	PKĐK tư nhân	☐	☐	☐	☐																																																							
A24	TYT xã/phường	☐	☐	☐	☐																																																							
A25	Mạng lưới XN	☐	☐	☐	☐																																																							
A26	Thú y	☐	☐	☐	☐																																																							
A27	Khác	☐	☐	☐	☐																																																							
B	Các chức năng chính của HTGS																																																											
	Khả năng phát hiện trường hợp bệnh/vụ dịch																																																											
B1	Cách thức thu thập số liệu giám sát các BTN của đơn vị là gì? a) Tổng hợp số liệu trường hợp bệnh từ bệnh viện/PKĐK gửi về ☐ 1. Có ☐ 2. Không					Hỏi																																																						
B2	b) Cán bộ Trung tâm tự đến Bệnh viện/PK thống kê số liệu theo tuần/tháng ☐ 1. Có ☐ 2. Không																																																											
B3	c) Thu thập số liệu từ tuyến dưới gửi lên ☐ 1. Có ☐ 2. Không																																																											
B4	d) Khác (Ghi rõ):																																																											
B5	Ghi nhận trường hợp bệnh: a) Có sổ nhận dịch và báo dịch ☐ 1. Có ☐ 2. Không					Quan sát																																																						
B6	b) Có phiếu điều tra trường hợp bệnh ☐ 1. Có ☐ 2. Không																																																											
B7	c) Dùng phần mềm quản lý trường hợp bệnh ☐ 1. Có ☐ 2. Không																																																											
B8	d) Khác:																																																											
	Báo cáo																																																											
B9	Trung tâm có biểu mẫu báo cáo dịch không? a) Mẫu báo cáo ngày ☐ 1. Có ☐ 2. Không					Quan sát																																																						
B10	b) Mẫu báo cáo tuần ☐ 1. Có ☐ 2. Không																																																											
B11	c) Mẫu báo cáo tháng ☐ 1. Có ☐ 2. Không																																																											
B12	d) Mẫu báo cáo cuối năm ☐ 1. Có ☐ 2. Không																																																											
B13	e) Mẫu báo cáo vụ dịch không ☐ 1. Có ☐ 2. Không																																																											
B14	Trung tâm có nhận được báo cáo dịch từ tuyến dưới không? ☐ 1. Có ☐ 2. Không					Nếu có dùng bảng kiểm 1																																																						
B15	Trung tâm có gửi báo cáo dịch cho tuyến trên không? ☐ 1. Có ☐ 2. Không					Nếu có dùng																																																						

		bảng kiểm 2
B16 B17 B18	Trung tâm lưu trữ số liệu các bệnh truyền nhiễm dưới hình thức nào a) Báo cáo giấy (sổ, báo cáo, phiếu điều tra...) ☐ 1. Có ☐ 2. Không b) Trên máy vi tính ☐ 1. Có ☐ 2. Không c) Có cả 2 ☐ 1. Có ☐ 2. Không	Quan sát
	Phân tích và phiên giải dữ liệu:	
B19	Trung tâm có tiến hành phân tích số liệu GS BTN không? ☐ 1. Có ☐ 2. Không	Không chuyên CB31
B20 B21 B22 B23	Tần suất đơn vị tiến hành phân tích số liệu BTN a) Hàng tuần ☐ 1. Có ☐ 2. Không b) Hàng tháng ☐ 1. Có ☐ 2. Không c) Một lần vào cuối năm ☐ 1. Có ☐ 2. Không d) Khi có yêu cầu ☐ 1. Có ☐ 2. Không	Hỏi
B24 B25 B26 B27 B28 B29 B30	Phân tích bệnh truyền nhiễm trong năm 2011 theo những biến số nào? a) Tỷ lệ mắc/dân số ☐ 1. Có ☐ 2. Không b) Tỷ lệ chết/mắc ☐ 1. Có ☐ 2. Không c) Theo thời gian ☐ 1. Có ☐ 2. Không d) Theo địa điểm ☐ 1. Có ☐ 2. Không e) Theo con người ☐ 1. Có ☐ 2. Không f) Các dữ liệu về xét nghiệm ☐ 1. Có ☐ 2. Không h) Khác:.....	Quan sát báo cáo các loại
B31 B32 B33 B34 B35 B36 B37	Nếu không phân tích, lý do tại sao? <i>(Không đọc đáp án)</i> a) Không biết cần phải phân tích ☐ 1. Có ☐ 2. Không b) CBYT thiếu kỹ năng ☐ 1. Có ☐ 2. Không c) Thiếu trang thiết bị/phần mềm thống kê ☐ 1. Có ☐ 2. Không d) Không đủ thời gian ☐ 1. Có ☐ 2. Không e) Thiếu nhân lực ☐ 1. Có ☐ 2. Không f) Không cần thiết ☐ 1. Có ☐ 2. Không g) Khác (ghi rõ):.....	Đánh dấu ✓ vào ô phù hợp
B38	Trung tâm có áp dụng ngưỡng cảnh báo/ngưỡng dịch đối với các loại bệnh truyền nhiễm không? ☐ 1. Có ☐ 2. Không	Trả lời Không chuyên câu B40
B39	Nếu có, Trung tâm áp dụng ngưỡng cảnh báo/ngưỡng dịch đối với các loại bệnh truyền nhiễm nào? a) b) c) d) e) f) g) h)	
	Nếu không, nguyên nhân tại sao? <i>(Không đọc đáp án)</i>	

B40	a) Không biết nhiệm vụ	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B41	b) CBYT thiếu kỹ năng	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B42	c) Thiếu trang thiết bị/phần mềm thống kê	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B43	d) Không đủ thời gian	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B44	e) Thiếu nhân lực	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B45	f) Không cần thiết	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B46	g) Thiếu hướng dẫn	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B47	h) Khác (ghi rõ):.....		
Chuẩn bị phòng chống dịch			
	Năm 2012 Trung tâm có xây dựng kế hoạch chuẩn bị sẵn sàng đáp ứng với dịch không?		Đọc loại kế hoạch, quan sát
B48	a) Kế hoạch phòng chống dịch chung	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B49	b) Kế hoạch phòng chống dịch Đông Xuân	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B50	c) Kế hoạch phòng chống dịch mùa Hè	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B51	d) Kế hoạch phòng chống SXHD	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B52	e) Kế hoạch phòng chống tả	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B53	f) Kế hoạch phòng chống TCM	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B54	g) Kế hoạch phòng chống bệnh dại	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B55	h) Kế hoạch phòng chống bệnh tiêu chảy	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B56	i) Kế hoạch phòng chống bệnh Cúm AH5N1	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B57	j) Khác:		
Đáp ứng và kiểm soát dịch bệnh			
B58	Trung tâm có thành lập BCD phòng chống dịch không? (quan sát quyết định thành lập BCD PCD) ☐ 1. Có ☐ 2. Không		
B59	Số lượng đội cơ động chống dịch tại Trung tâm: đội		
	Thành phần đội cơ động chống dịch của Trung tâm gồm:		Quan sát trong quyết định Thành lập đội cơ động PCD
B40	a) Cán bộ dịch tễ	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B41	b) Cán bộ xét nghiệm	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B42	c) Bác sỹ lâm sàng	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B43	d) Cán bộ vệ sinh môi trường	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B44	e) Cán bộ hậu cần (Hành chính, tài vụ, LX...)	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B45	f) Cán bộ khác.....		
B46	Đội cơ động PCD có được tập huấn hàng năm không?		
	☐ 1. Có ☐ 2. Không		
Phản hồi thông tin			
B47	Trong năm 2011, Trung tâm <u>nhận được</u> thông tin phản hồi từ tuyến trên về kết quả giám sát BTN/vụ dịch không ?		Hỏi, Quan sát
	☐ 1. Có ☐ 2. Không		
	Nếu có, đó là những thông tin phản hồi nào ? (Đọc đáp án)		
B48	a) Thông báo dịch tuần	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B49	b) Thông báo BTN hàng tháng	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B50	c) Kết quả xử lý vụ dịch	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B51	d) Giao ban PCD	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B52	e) Khác.....		

B53	Trong năm 2011 Trung tâm có gửi thông tin phản hồi về kết quả giám sát BTN cho tuyến dưới không ? ☐ 1. Có ☐ 2. Không	Nếu không chuyên câu B66
B54 B55 B56 B57 B58	Nếu có, đó là những thông tin phản hồi nào? (Đọc đáp án) a) Thông báo dịch tuần ☐ 1. Có ☐ 2. Không b) Thông báo BTN hàng tháng ☐ 1. Có ☐ 2. Không c) Kết quả xử lý vụ dịch ☐ 1. Có ☐ 2. Không d) Giao ban PCD ☐ 1. Có ☐ 2. Không e) Khác.....	Hỏi
B59 B60 B61 B62 B63 B64 B65	Những đơn vị mà cơ sở đã gửi thông tin phản hồi về kết quả giám sát trong năm 2011 (Đọc đáp án) a) Bệnh viện TP ☐ 1. Có ☐ 2. Không b) Bệnh viện huyện ☐ 1. Có ☐ 2. Không c) TYT xã/phường ☐ 1. Có ☐ 2. Không d) Y tế trường học, CQ, XN ☐ 1. Có ☐ 2. Không e) Phòng khám ĐKKV ☐ 1. Có ☐ 2. Không f) Cơ sở y tế tư nhân ☐ 1. Có ☐ 2. Không g) Khác:	Hỏi
B66 B67 B68 B69	Nếu không, nguyên nhân cơ sở không gửi thông tin phản hồi về kết quả giám sát BTN cho các đơn vị có liên quan(Không đọc đáp án) a) Không biết b) Không cần thiết c) Không có kỹ năng làm báo cáo d) Không phải nhiệm vụ	Khoanh vào câu trả lời phù hợp
C	Các chức năng hỗ trợ hệ thống	
	Các tiêu chuẩn và hướng dẫn giám sát	
C1 C2 C3	Trung tâm có những tài liệu hướng dẫn về định nghĩa trường hợp bệnh cho những bệnh nào? a) Đủ cho 28 BTN b) Một số bệnh c) Ghi cụ thể các bệnh có ĐN:.....	Xem tài liệu hướng dẫn tại TT
C4	Trung tâm có tài liệu định nghĩa trường hợp bệnh giám sát chuẩn của Bộ Y tế đối với tả không? (QĐ số 1640/QĐ-BYT ngày 14/5/2010 của Bộ trưởng Bộ y tế) ☐ 1. Có ☐ 2. Không	Quan sát
C5	Trung tâm có tài liệu định nghĩa trường hợp bệnh giám sát chuẩn của Bộ Y tế đối với bệnh SXHD không? (QĐ số 1499/QĐ-BYT ngày 17/5/2011 của Bộ trưởng Bộ y tế) ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
C6	Trung tâm có mẫu điều tra trường hợp bệnh đối với bệnh tả không?(Theo mẫu của Viện VSDT TƯ hoặc TTYTDPHN) ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
C7	Trung tâm có mẫu điều tra trường hợp bệnh đối với bệnh SXHD không? (Theo QĐ 1499/QĐ-BYT) ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
	Trung tâm có những tài liệu hướng dẫn về xử lý ổ dịch cho những bệnh	

C8	nào? a) Đủ cho 28 BTN	
C9	b) Một số bệnh	
C10	c) Ghi cụ thể các bệnh có HDXLOD:.....	
	Công tác đào tạo, tập huấn	
C11	Trong năm 2011 bao nhiêu cán bộ của Trung tâm được đi tập huấn về công tác GSD và chống dịch (bao gồm cả ngắn hạn và dài hạn)?cán bộ	Hỏi
C12	Trong năm 2011 Trung tâm có tổ chức tập huấn công tác PCD không? ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
C13	Tổ chức tập huấn về những nội dung gì? (<i>Đọc đáp án</i>) a) Dịch tễ học các bệnh TN ☐ 1. Có ☐ 2. Không	Quan sát tài liệu
C14	b) Giám sát DTH BTN ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
C15	c) Đáp ứng/triển khai các biện pháp PCD ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
C16	d) Xét nghiệm ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
C17	e) Phần mềm hỗ trợ GSD, CD ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
C18	f) Thống kê báo cáo BTN ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
C19	g) Khác:	
C20	Đối tượng tập huấn là ai a) Cán bộ làm công tác GSD, chống dịch ☐ 1. Có ☐ 2. Không	Hỏi
C21	b) Cán bộ xét nghiệm ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
C22	c) Khỏi điều trị ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
C23	d) Đội cơ động PCD ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
C24	e) Khác:	
C25	Trung tâm có đầy đủ các tài liệu tập huấn không ☐ 1. Có ☐ 2. Không	Quan sát
	Công tác giám sát hỗ trợ	
C26	Trong năm 2011, Trung tâm <u>được tuyển trên kiểm tra/giám sát</u> hoạt động giám sát PCD bao nhiêu lần? lần	Quan sát biên bản, sổ giám sát
C27	Trong năm 2011, Trung tâm <u>có đi kiểm tra/giám sát</u> hoạt động giám sát PCD của TYT xã không? ☐ 1. Có ☐ 2. Không	Quan sát biên bản, sổ giám sát
C28	Nếu có, anh chị đi GS bao nhiêu lượt? lượt	Nt
C29	Bao nhiêu xã phường được giám sát? xã, phường/tổng sốXP	Nt
C30	Nếu không, lý do đơn vị không thực hiện việc giám sát hoạt động PCD của tuyến dưới? a) b) c) d)	

Phương tiện hỗ trợ giám sát dịch

TT	Loại phương tiện hỗ trợ (đánh dấu $\checkmark$ vào ô thích hợp)	Dùng riêng cho hoạt động giám sát/ dịch	Dùng chung	Không hoạt động	Không có
C31	Máy vi tính	☐	☐	☐	☐
C32	Máy in	☐	☐	☐	☐
C33	Máy Fax	☐	☐	☐	☐
C34	Modem kết nối mạng Internet	☐	☐	☐	☐
C35	Điện thoại	☐	☐	☐	☐
C36	Máy định vị GPS	☐	☐	☐	☐
C37	Trung tâm có sử dụng phần mềm hỗ trợ giám sát và phân tích số liệu BTN không? ☐ 1. Có ☐ 2. Không				Quan sát
C38	Nếu có, đơn vị đang sử dụng phần mềm gì?				
C39	a) Exel ☐ 1. Có ☐ 2. Không				
C40	b) Epi6 ☐ 1. Có ☐ 2. Không				
C41	c) Epidata ☐ 1. Có ☐ 2. Không				
C42	d) SPSS ☐ 1. Có ☐ 2. Không				
C43	e) ArGis ☐ 1. Có ☐ 2. Không				
	f) Khác:				
D	Chất lượng hệ thống giám sát				
	Tính đầy đủ, đúng hạn của số liệu giám sát				
D1	Trung tâm có lưu trữ đầy đủ số liệu giám sát BTN trong vòng 5 năm trở lại đây không? ☐ 1. Có ☐ 2. Không				
D2	Nếu có, phương tiện lưu trữ số liệu là gì?				
D3	a) Báo cáo giấy (sổ, báo cáo, phiếu điều tra...) ☐ 1. Có ☐ 2. Không				
D4	b) Trên máy vi tính ☐ 1. Có ☐ 2. Không				
	c) Có cả 2 ☐ 1. Có ☐ 2. Không				

Bảng kiểm 1: BẢNG KIỂM BÁO CÁO CỦA XÃ PHƯỜNG GỬI QUẬN HUYỆN TRONG NĂM 2011

TT	Nội dung	Tháng 1	Tháng 2	Tháng 3	Tháng 4	Tháng 5	Tháng 6	Tháng 7	Tháng 8	Tháng 9	Tháng 10	Tháng 11	Tháng 12	Tổng số
Báo cáo tuần	Số BC nhận được													
	Số BC nhận được đúng hạn													
	Số BC đến muộn													
	Số BC có đầy đủ thông tin													
Báo cáo tháng	Số BC nhận được													
	Số BC nhận được đúng hạn													
	Số BC đến muộn													
	Số BC có đầy đủ thông tin													
Báo cáo đột xuất	Số BC nhận được													
	Số BC nhận được đúng hạn													
	Số BC đến muộn													
	Số BC có đầy đủ thông tin													

- Báo cáo nhận được đúng hạn:**
 - Báo cáo tuần gửi đến TTYT quận huyện trước 14 giờ thứ Ba tuần kế tiếp
 - Báo cáo tháng gửi đến TTYT quận huyện trước ngày 05 của tháng kế tiếp
 - Báo cáo đột xuất gửi đến TTYT QH trong vòng 24h ngay sau khi phát hiện bệnh nhóm A hoặc ổ dịch
- Báo cáo có đầy đủ thông tin:** là báo cáo có đầy đủ số liệu với tất cả các BTN theo mẫu, khi không có trường hợp bệnh có điền giá trị 0 hoặc ghi không có trường hợp bệnh.

Bảng kiểm 2: BẢNG KIỂM BÁO CÁO DỊCH LÊN TUYẾN TRÊN CỦA TTYT TRONG NĂM 2011

TT	Nội dung	Tháng 1	Tháng 2	Tháng 3	Tháng 4	Tháng 5	Tháng 6	Tháng 7	Tháng 8	Tháng 9	Tháng 10	Tháng 11	Tháng 12	Tổng số
Báo cáo tuần	Số BC gửi đi													
	Số BC gửi đi đúng hạn													
	Số BC gửi đi muộn													
	Số BC có đầy đủ thông tin													
Báo cáo tháng	Số BC gửi đi													
	Số BC gửi đi đúng hạn													
	Số BC gửi đi muộn													
	Số BC có đầy đủ thông tin													
Báo cáo đột xuất	Số BC gửi đi													
	Số BC gửi đi đúng hạn													
	Số BC gửi đi muộn													
	Số BC có đầy đủ thông tin													

- **Báo cáo gửi đi đúng hạn:**
 - Báo cáo tuần gửi đi trước 14 giờ thứ Tư tuần kế tiếp
 - Báo cáo tháng gửi đi trước ngày 10 của tháng kế tiếp
 - Báo cáo đột xuất gửi đi vòng 24h ngay sau khi phát hiện bệnh nhóm A hoặc ổ dịch
- **Báo cáo có đầy đủ thông tin:** là báo cáo có đầy đủ số liệu với tất cả các BTN theo mẫu, khi không có trường hợp bệnh có điền giá trị 0 hoặc ghi không có trường hợp bệnh.

MẪU 2- MÔ TẢ HOẠT ĐỘNG KHOA XÉT NGHIỆM TẠI TRUNG TÂM Y TẾ QUẬN HUYỆN

Người báo cáo: **Điện thoại:**.....

	Năng lực cán bộ khoa xét nghiệm	
E1	Khoa xét nghiệm có bao nhiêu cán bộ được đào tạo về xét nghiệm vi sinh: cán bộ/.....Tổng số CB khoa XN	Tỷ lệ:.....
E2	Trong năm 2011 cán bộ Khoa xét nghiệm được bồi dưỡng kiến thức về XN vi sinh không?	
E3	a) Đào tạo tại PTN của Viện VSDT TƯ ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
E4	b) Đào tạo tại PTN tuyến trên ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
E5	c) Đào tạo tại các BV ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
E6	d) Đào tạo tại chỗ ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
E7	e) Không được đào tạo ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
E8	Nếu có thì CB được đào tạo về những nội dung gì? a) b) c) d)	
	Khả năng khẳng định trường hợp bệnh/vụ dịch	
E9	Trung tâm có những tài liệu hướng dẫn về lấy mẫu, bảo quản và vận chuyển mẫu bệnh phẩm cho những bệnh nào?	
E10	a) Đủ cho 28 BTN	
E11	b) Một số bệnh	
	c) Ghi cụ thể các bệnh có hướng dẫn lấy mẫu:.....	
E12	Đơn vị đang triển khai được các phương pháp xét nghiệm vi sinh nào?	<i>Đọc đáp án</i>
E13	a) Soi trực tiếp bằng kính hiển vi thường ☐ Có ☐ Không	
E14	b) Các xét nghiệm phát hiện kháng nguyên/kháng thể ☐ Có ☐ Không	
E15	c) Nuôi cấy, xác định, định danh vi sinh vật ☐ Có ☐ Không	
	d) Phương pháp sinh học phân tử ☐ Có ☐ Không	
E16	Đơn vị có thể chẩn đoán xác định các tác nhân gây bệnh là VSV nào?	<i>Đọc đáp án</i>
E17	a) Cúm A/H5N1 ☐ Có ☐ Không	
E18	b) SXHD ☐ Có ☐ Không	
E19	c) Tả ☐ Có ☐ Không	
E20	d) EV 71 ☐ Có ☐ Không	
E21	e) Sởi ☐ Có ☐ Không	
E22	f) Rubella ☐ Có ☐ Không	
	g) Khác :.....	

	Trung tâm có khả năng lấy mẫu, bảo quản và vận chuyển các loại bệnh phẩm để chẩn đoán tác nhân nào lên tuyến trên khi cần?	<i>Đọc đáp án</i>
E23	a) Bệnh phẩm chẩn đoán cúm ☐ Có ☐ Không	
E24	b) SXHD ☐ Có ☐ Không	
E25	c) Tả ☐ Có ☐ Không	
E26	d) TCM ☐ Có ☐ Không	
E27	e) Sốt phát ban nghi sởi ☐ Có ☐ Không	
E28	f) Khác :	
	Hiện nay Trung tâm đang có những loại Test chẩn đoán nhanh những bệnh nào?	<i>Đọc đáp án</i>
E29	a) SXHD ☐ Có ☐ Không	
E30	b) Tả ☐ Có ☐ Không	
E31	c) TCM ☐ Có ☐ Không	
E32	d) Sởi ☐ Có ☐ Không	
E33	e) Rubella ☐ Có ☐ Không	
E34	f) Khác :	
	Tiêu chuẩn an toàn sinh học PTN của đơn vị	
E35	a) ATSH cấp:	
E36	b) Chưa xếp loại	

Xin cảm ơn sự hợp tác của các anh chị!

MẪU 3- MÔ TẢ HOẠT ĐỘNG GIÁM SÁT BỆNH TRUYỀN NHIỄM TẠI TRẠM Y TẾ XÃ

Điều tra viên:Đơn vị công tác:

Ngày điều tra:

Người cung cấp thông tin: Điện thoại:.....

Công việc phụ trách:

I. THÔNG TIN CHUNG

Xã/phường:Quận huyện:..... Mã đơn vị

Số đội SX/Khu/tổ dân phố: Số YT thôn bản..... Số CTV:.....

Dân số:Số hộ gia đình :.....

II. NHÂN LỰC

Thành phần	Số cán bộ	Thành phần	Số cán bộ	Thành phần	Số cán bộ
Bác sỹ	:.....CB	Điều dưỡng	:.....CB	Dược tá	:.....CB
Y sỹ	:.....CB	Hộ sinh	:.....CB	Cử nhân YTCC	:.....CB
KT viên	:.....CB	Khác	:.....CB		

III/ ĐÁNH GIÁ HỆ THỐNG GIÁM SÁT

Code	Nội dung	Ph.pháp
A	Cấu trúc của HTGS	
A1	TYT có bố trí cán bộ chuyên trách Dịch tễ không? 1. Có cán bộ chuyên làm công tác phòng, chống dịch 2. Kiêm nhiệm các công việc khác 3. Không	Hỏi
A2	TYT có các tài liệu liên quan đến tổ chức giám sát BTN không? ☐ 1. Có ☐ 2. Không	Quan sát
A3	Nếu có là những tài liệu nào?	Đọc đáp án, xem tài liệu đơn vị có
A4	e) Luật phòng chống bệnh truyền nhiễm ☐ 1. Có ☐ 2.Không	
A5	f) Thông tư 48/2010/TT-BYT về hướng dẫn chế độ khai báo, thông tin, báo cáo BTN. ☐ 1. Có ☐ 2.Không	
A6	g) CV số 523/NVY-SYT ngày 13/6/2011 của SYT HN về thực hiện báo cáo tình hình bệnh nhân mắc bệnh dịch ☐ 1. Có ☐ 2.Không h) Khác:	

A7	TYT có tổ chức giám sát BTN không? ☐ 1. Có ☐ 2. Không					Hỏi																																												
A8	TYT phối hợp với các đơn vị nào trong tổ chức giám sát BTN?																																																	
A9	a) Phòng khám đa khoa tư nhân	☐ 1. Có ☐ 2. Không																																																
A10	b) Y tế thôn bản	☐ 1. Có ☐ 2. Không																																																
A11	c) Thú y	☐ 1. Có ☐ 2. Không																																																
A12	d) Cộng tác viên	☐ 1. Có ☐ 2. Không																																																
	e) Khác:																																																	
<table border="1"> <tr> <td colspan="7">TYT có tổ chức họp thường kỳ với các đơn vị phối hợp không?</td> </tr> <tr> <td>TT</td> <td>Đơn vị</td> <td>Định kỳ hàng tháng</td> <td>Định kỳ hàng quý</td> <td>Khi có yêu cầu</td> <td>Không họp</td> <td rowspan="6">Hỏi, quan sát sổ/ biên bản họp</td> </tr> <tr> <td>A10</td> <td>PKĐK tư nhân</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>A11</td> <td>Y tế thôn bản</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>A12</td> <td>Thú y</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>A13</td> <td>Cộng tác viên</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>A14</td> <td>Khác</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>							TYT có tổ chức họp thường kỳ với các đơn vị phối hợp không?							TT	Đơn vị	Định kỳ hàng tháng	Định kỳ hàng quý	Khi có yêu cầu	Không họp	Hỏi, quan sát sổ/ biên bản họp	A10	PKĐK tư nhân	☐	☐	☐	☐	A11	Y tế thôn bản	☐	☐	☐	☐	A12	Thú y	☐	☐	☐	☐	A13	Cộng tác viên	☐	☐	☐	☐	A14	Khác	☐	☐	☐	☐
TYT có tổ chức họp thường kỳ với các đơn vị phối hợp không?																																																		
TT	Đơn vị	Định kỳ hàng tháng	Định kỳ hàng quý	Khi có yêu cầu	Không họp	Hỏi, quan sát sổ/ biên bản họp																																												
A10	PKĐK tư nhân	☐	☐	☐	☐																																													
A11	Y tế thôn bản	☐	☐	☐	☐																																													
A12	Thú y	☐	☐	☐	☐																																													
A13	Cộng tác viên	☐	☐	☐	☐																																													
A14	Khác	☐	☐	☐	☐																																													
B	Các chức năng chính của HTGS																																																	
	Khả năng phát hiện trường hợp bệnh/vụ dịch																																																	
B1	TYT có tài liệu định nghĩa trường hợp bệnh giám sát chuẩn của Bộ Y tế đối với tả không? (QĐ số 1640/QĐ-BYT ngày 14/5/2010 của Bộ trưởng Bộ y tế) ☐ 1. Có ☐ 2. Không					Quan sát																																												
B2	TYT có tài liệu định nghĩa trường hợp bệnh giám sát chuẩn của Bộ Y tế đối với bệnh SXHD không? (QĐ số 1499/QĐ-BYT ngày 17/5/2011 của Bộ trưởng Bộ y tế) ☐ 1. Có ☐ 2. Không					Nt																																												
B3	TYT có mẫu điều tra trường hợp bệnh đối với bệnh tả không?(Theo mẫu của Viện VSDT TƯ hoặc TTYTDPHN) ☐ 1. Có ☐ 2. Không					Nt																																												
B4	TYT có mẫu điều tra trường hợp bệnh đối với bệnh SXHD không? (Theo QĐ 1499/QĐ-BYT) ☐ 1. Có ☐ 2. Không					Nt																																												
B5	Cách thức thu thập số liệu giám sát các BTN của đơn vị là gì?					Không đọc đáp án																																												
B6	a) Tổng hợp số liệu trường hợp bệnh từ tuyến trên báo về	☐ 1. Có ☐ 2. Không																																																
B7	b) Cán bộ TYT tự đến PK thống kê số liệu theo tuần/tháng	☐ 1. Có ☐ 2. Không																																																
B8	c) Tổng hợp số liệu từ sổ khám bệnh của TYT	☐ 1. Có ☐ 2. Không																																																
	d) Khác (Ghi rõ):.....																																																	
Ghi nhận trường hợp bệnh:																																																		
B9	TYT có sổ khám bệnh không (sổ A1)? ☐ 1. Có ☐ 2. Không																																																	
B10	Có đủ dùng hay không? ☐ 1. Có ☐ 2. Không																																																	
B11	TYT có sổ điều tra, xử lý ổ dịch không? ☐ 1. Có ☐ 2. Không																																																	
B12	Có đủ dùng hay không? ☐ 1. Có ☐ 2. Không																																																	
B13	TYT có sổ theo dõi nhận dịch và báo dịch không? ☐ 1. Có ☐ 2. Không																																																	
B14	Có đủ dùng hay không? ☐ 1. Có ☐ 2. Không																																																	

B15	TYT có sổ quản lý, theo dõi BTN trẻ em không?	☐ 1. Có ☐ 2. Không	Quan sát
B16	Có đủ dùng hay không?	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B17	TYT có sổ quản lý, theo dõi bệnh nhân sốt phát ban nghi sởi không?	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B18	Có đủ dùng hay không?	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B19	TYT có sổ quản lý, theo dõi bệnh nhân liệt mềm cấp không?	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B20	Có đủ dùng hay không?	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B21	TYT có sổ quản lý, theo dõi chết sơ sinh không?	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B22	Có đủ dùng hay không?	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B23	TYT có sổ theo dõi bệnh nhân SXHD không?	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B24	Có đủ dùng hay không?	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B25	TYT có sổ giao ban với CTV, Y tế thôn bản về PCD không?	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B26	Có đủ dùng hay không?	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
Báo cáo			
	TYT có biểu mẫu báo cáo dịch ngày, tuần, tháng không ?		Quan sát
B27	a) Mẫu báo cáo ngày	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B28	b) Mẫu báo cáo tuần	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B29	c) Mẫu báo cáo tháng	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B30	d) Mẫu báo cáo cuối năm	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B31	e) Mẫu báo cáo ổ dịch không	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B32	TYT có lưu báo cáo BTN năm 2011 không?	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
	TYT lưu trữ số liệu các bệnh truyền nhiễm dưới hình thức nào		
B33	a) Báo cáo giấy (sổ, báo cáo, phiếu điều tra...)	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B34	b) Trên máy vi tính	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B35	c) Có cả 2	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
Phân tích và phiên giải dữ liệu:			
B36	TYT có tiến hành phân tích số liệu GS BTN không?	☐ 1. Có ☐ 2. Không	Quan sát
	Phân tích bệnh truyền nhiễm trong năm 2011 theo những biến số nào?		Quan sát
B37	a) Tỷ lệ mắc/dân số	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B38	b) Tỷ lệ chết/mắc	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B39	c) Theo thời gian	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B40	d) Theo địa điểm	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B41	e) Theo con người	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B42	f) Kết quả xét nghiệm	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B43	h) Khác:.....		
	Nếu không phân tích, lý do tại sao? <i>(Không đọc đáp án)</i>		
B44	a) Không biết/không phải nhiệm vụ	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B45	b) CBYT thiếu kỹ năng	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B46	c) Thiếu trang thiết bị/phần mềm thống kê	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B47	d) Không đủ thời gian	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B48	e) Thiếu nhân lực	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B49	f) Không cần thiết	☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B50	g) Khác (ghi rõ).....		

	Chuẩn bị phòng chống dịch	
	Năm 2012 TYT đã xây dựng những kế hoạch PCD nào?	
B51	a) Kế hoạch phòng chống dịch chung ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B52	b) Kế hoạch phòng chống dịch Đông Xuân ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B53	c) Kế hoạch phòng chống dịch mùa Hè ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B54	d) Kế hoạch phòng chống SXHD ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B55	e) Kế hoạch phòng chống tả ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B56	f) Kế hoạch phòng chống TCM ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B57	g) Kế hoạch phòng chống bệnh dại ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B58	h) Kế hoạch phòng chống bệnh tiêu chảy ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B59	i) Kế hoạch phòng chống cúm AH5N1 ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B60	j) Khác:	
B61	Kinh phí cho PCD năm 2011đ	
B62	TYT có cơ sở PCD không? ☐ 1. Có ☐ 2. Không đủ ☐ 3. Không có ☐ 4. Không biết	
	Phương tiện và tài liệu truyền thông sẵn có tại Trạm Y tế?	
B63	a) Bài tuyên truyền ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B64	b) Tờ rơi các loại ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B65	c) Băng, đĩa ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B66	d) Khác:	
B67	e) Không có	
	Đáp ứng và kiểm soát dịch bệnh	
B68	Địa phương của anh chị có thành lập BCĐ phòng chống dịch không? (quan sát quyết định thành lập BCĐ PCD) ☐ 1. Có ☐ 2. Không	Quan sát quyết định
	Phản hồi thông tin	
B69	Trong tháng qua, TYT <u>nhận được</u> thông tin phản hồi từ tuyến trên về kết quả giám sát BTN/ổ dịch không? ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
	Nếu có, đó là những thông tin phản hồi nào?	
B70	a) Thông báo dịch tuần ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B71	b) Thông báo BTN hàng tháng ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B72	c) Kết quả xử lý vụ dịch ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B73	d) Giao ban PCD ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
B74	e) Khác:	
C	Các chức năng hỗ trợ hệ thống	
	Các tiêu chuẩn và hướng dẫn giám sát	
	TYT có những tài liệu hướng dẫn về giám sát và phòng chống cho những bệnh truyền nhiễm nào?	Quan sát
C1	a) Đủ cho 28 BTN	
C2	b) Một số bệnh	
C3	c) Ghi cụ thể các bệnh có ĐN:	
	Công tác đào tạo, tập huấn	
C4	Trong năm 2011 bao nhiêu cán bộ của TYT được đi tập huấn về công tác giám sát và PCD (bao gồm cả ngắn hạn và dài hạn)?cán bộ/.....TS cán bộ	Hỏi
	Công tác giám sát hỗ trợ	

C5	Trong năm 2011, TYT được tuyển trên kiểm tra/giám sát hoạt động giám sát PCD bao nhiêu lần?				Xem sổ/biên bản giám sát
Phương tiện hỗ trợ giám sát dịch					
TT	Loại phương tiện hỗ trợ (đánh dấu √ vào ô thích hợp)	Dùng riêng cho hoạt động giám sát/dịch	Dùng chung	Không hoạt động	Không có
C6	Máy vi tính	☐	☐	☐	☐
C7	Máy in	☐	☐	☐	☐
C8	Máy Fax	☐	☐	☐	☐
C9	Modem kết nối mạng Internet	☐	☐	☐	☐
C10	Điện thoại	☐	☐	☐	☐
D	Chất lượng hệ thống giám sát				
Tính đầy đủ, đúng hạn của số liệu giám sát					
D1	TYT có lưu trữ đầy đủ số liệu giám sát BTN trong vòng 5 năm trở lại đây không? ☐ 1. Có ☐ 2. Không				
D2	Nếu có, phương tiện lưu trữ số liệu là gì?				
D3	a) Báo cáo giấy (sổ, báo cáo, phiếu điều tra...) ☐ 1. Có ☐ 2. Không				
D4	b) Trên máy vi tính ☐ 1. Có ☐ 2. Không				
	c) Có cả 2 ☐ 1. Có ☐ 2. Không				

BẢNG KIỂM PHÁT HIỆN VÀ BÁO CÁO BỆNH NHÂN SXHD

(Xem sổ Khám bệnh, sổ theo dõi bệnh nhân SXHD, sổ nhận dịch và báo dịch, báo cáo cuối năm 2011 của các Trại Y tế)

TT	Bệnh nhân SXHD/người SXHD năm 2011	Số lượng
1	Trong sổ khám bệnh của TYT (sổ A1)	
2	Trong sổ theo dõi bệnh nhân SXHD	
3	Được TYT báo lên tuyển trên (trong sổ nhận dịch, báo dịch)	
4	Được tuyển trên báo về (trong sổ nhận dịch, báo dịch)	
5	Trong báo cáo cuối năm 2011	
6	Số trường hợp XN dương tính với VR Dengue (nếu có)	

Xin cảm ơn sự hợp tác của các anh chị!

MẪU 4-MÔ TẢ HOẠT ĐỘNG GIÁM SÁT BỆNH TRUYỀN NHIỄM TẠI BỆNH VIỆN, PHÒNG KHÁM ĐA KHOA

Điều tra viên:Đơn vị công tác:

Ngày điều tra:

Tên BV/PKĐK:.....Mã đơn vị:

Địa chỉ:

Người cung cấp thông tin:..... Điện thoại:.....

Công việc phụ trách:

I/ THÔNG TIN CHUNG

1. Cơ cấu tổ chức đơn vị

TT	Khoa, phòng	Tổng số CB
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

2. Cán bộ phụ trách công tác giám sát, báo cáo BTN

ST T	Họ và tên	Công việc phụ trách chính	Tuổi		Chuyên ngành đào tạo (tốt nghiệp ban đầu)	Trình độ ch.môn cao nhất	Số năm làm việc trong hoạt động báo cáo, GSBTN
			Nam	Nữ			
1							
2							
3							
4							
5							

3. Cán bộ làm công tác XN vi sinh

ST T	Họ và tên	Công việc phụ trách chính	Tuổi		Chuyên ngành đào tạo (tốt nghiệp ban đầu)	Trình độ ch.môn cao nhất	Số năm làm việc trong hoạt động GSD
			Nam	Nữ			
1							
2							
3							
4							
5							

II/ ĐÁNH GIÁ HỆ THỐNG GIÁM SÁT

Code	Nội dung	Ph.pháp				
A	Cấu trúc của HTGS					
A1	Đơn vị có các tài liệu/quy định tổ chức giám sát BTN không?	Đọc đáp án, xem tài liệu đơn vị có				
A2	i) Luật phòng chống bệnh truyền nhiễm ☐ 1. Có ☐ 2.Không					
A3	j) Thông tư 48/2010/TT-BYT về hướng dẫn chế độ khai báo, thông tin, báo cáo BTN. ☐ 1. Có ☐ 2.Không					
A4	k) CV số 523/NVY-SYT ngày 13/6/2011 của SYT HN về thực hiện báo cáo tình hình bệnh nhân mắc bệnh dịch. ☐ 1. Có ☐ 2.Không					
A5	l) Khác:					
A6	Đơn vị phối hợp với các đơn vị nào trong tổ chức giám sát BTN?	Hỏi				
A7	a) Viện VSDT TW					
A8	b) TTYT dự phòng Thành phố HN					
A9	c) TTYT các quận huyện					
A10	d) Mạng lưới xét nghiệm					
A11	e) Thú y					
A12	f) Khác:					
A13	Tóm tắt cách thức phối hợp với các đơn vị:					
A14						
A15						
A16						
A17	Đơn vị có họp thường kỳ với các đơn vị phối hợp không?	Hỏi				
A18	TT	Đơn vị	Định kỳ hàng tháng	Định kỳ hàng quý	Khi có yêu cầu	Không hợp
A19	A12	Viện VSDT TƯ	☐	☐	☐	☐
A20	A13	TTYTDP Th.phố	☐	☐	☐	☐
A21	A14	TTYT quận huyện	☐	☐	☐	☐
A22	A15	Mạng lưới XN	☐	☐	☐	☐
A23	A16	Thú y	☐	☐	☐	☐
A24	A17	Khác	☐	☐	☐	☐
B	Các chức năng chính của HTGS					
B1	Ghi nhận trường hợp bệnh:	Quan sát				
B2	a) Có sổ quản lý, ghi chép trường hợp bệnh ☐ 1. Có ☐ 2.Không					
B3	b) Có phiếu điều tra trường hợp bệnh ☐ 1. Có ☐ 2.Không					
B4	c) Dùng phần mềm quản lý trường hợp bệnh ☐ 1. Có ☐ 2.Không					
B5	d) Khác:					
B6	Báo cáo:					
B7	Đơn vị có biểu mẫu báo cáo dịch ngày, tuần, tháng không ?	Quan sát				
B8	a) Mẫu báo cáo ngày ☐ 1. Có ☐ 2. Không					
B9	b) Mẫu báo cáo tuần ☐ 1. Có ☐ 2. Không					
B10	c) Mẫu báo cáo tháng ☐ 1. Có ☐ 2. Không					
B11	d) Mẫu báo cáo cuối năm ☐ 1. Có ☐ 2. Không					
B12	e) Mẫu báo cáo ổ dịch không ☐ 1. Có ☐ 2. Không					

B10	Đơn vị có gửi báo cáo dịch cho hệ thống YTDP theo quy định không? ☐ 1. Có ☐ 2. Không	Nếu có dùng bảng kiểm
B11 B12 B13	Đơn vị lưu trữ số liệu các bệnh truyền nhiễm dưới hình thức nào a) Báo cáo giấy (sổ, báo cáo, bệnh án...) ☐ 1. Có ☐ 2. Không b) Trên máy vi tính ☐ 1. Có ☐ 2. Không c) Có cả 2 ☐ 1. Có ☐ 2. Không	Quan sát
B14 B15 B16 B17 B18 B19 B20	Nếu không, lý do đơn vị không gửi báo cáo bệnh TN cho hệ dự phòng? a) Không biết cần phải báo cáo ☐ 1. Có ☐ 2. Không b) CBYT thiếu kỹ năng ☐ 1. Có ☐ 2. Không c) Thiếu trang thiết bị/phần mềm thống kê ☐ 1. Có ☐ 2. Không d) Không đủ thời gian ☐ 1. Có ☐ 2. Không e) Thiếu nhân lực ☐ 1. Có ☐ 2. Không f) Không cần thiết ☐ 1. Có ☐ 2. Không g) Khác (ghi rõ):.....	Không đọc đáp án, tích vào câu trả lời phù hợp
	Phản hồi thông tin	
B30	Trong tháng qua, đơn vị <u>nhận</u> được thông tin phản hồi từ HT YTDP về kết quả giám sát 28 BTN/ổ dịch không? ☐ 1. Có ☐ 2. Không	Quan sát
B31 B32 B33 B34 B35	Nếu có, đó là những thông tin phản hồi nào? a) Thông báo dịch tuần ☐ 1. Có ☐ 2. Không b) Thông báo BTN hàng tháng ☐ 1. Có ☐ 2. Không c) Kết quả xử lý ổ dịch ☐ 1. Có ☐ 2. Không d) Giao ban PCD ☐ 1. Có ☐ 2. Không e) Khác.....	<i>Đọc đáp án</i>
C	Các chức năng hỗ trợ hệ thống	
	Các tiêu chuẩn và hướng dẫn giám sát	
C1 C2 C3	Đơn vị có những tài liệu hướng dẫn về định nghĩa trường hợp bệnh cho những bệnh nào? a) Đủ cho 28 BTN b) Một số bệnh c) Ghi cụ thể các bệnh có ĐN:.....	Xem tài liệu
C4	Đơn vị có tài liệu định nghĩa trường hợp bệnh giám sát chuẩn của Bộ Y tế đối với tả không? (QĐ số 1640/QĐ-BYT ngày 14/5/2010 của Bộ trưởng Bộ y tế) ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
C5	Đơn vị có tài liệu định nghĩa trường hợp bệnh giám sát chuẩn của Bộ Y tế đối với bệnh SXHD không? (QĐ số 1499/QĐ-BYT ngày 17/5/2011 của Bộ trưởng Bộ y tế) ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
C6	Đơn vị có mẫu điều tra trường hợp bệnh đối với bệnh tả không? (Theo mẫu của Viện VSDT TƯ hoặc TTYTDPHN) ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
C7	Đơn vị có mẫu điều tra trường hợp bệnh đối với bệnh SXHD không? (Theo QĐ 1499/QĐ-BYT) ☐ 1. Có ☐ 2. Không	
	Công tác đào tạo, tập huấn	
C8	Trong năm 2011 bao nhiêu cán bộ của đơn vị được đi tập huấn về công tác GS BTN (bao gồm cả ngắn hạn và dài hạn)?cán bộ	

C9	Trong năm 2011 đơn vị có tổ chức tập huấn công tác xử lý và phòng chống lây nhiễm tại cơ sở điều trị không? ☐ 1. Có ☐ 2. Không				
C10	Tổ chức tập huấn về những nội dung gì? (ghi số lớp TH) a) b) c) d)				
C11	Đối tượng tập huấn là ai a) b) c) d)				
C12	Đơn vị có đầy đủ các tài liệu tập huấn không? ☐ 1. Có ☐ 2. Không				
Công tác giám sát hỗ trợ					
C13	Trong năm 2011, đơn vị được tuyên truyền kiểm tra/giám sát hoạt động giám sát BTN bao nhiêu lần? lần				Xem sổ giám sát/biên bản GS
Phương tiện hỗ trợ giám sát dịch					
TT	Loại phương tiện hỗ trợ (đánh dấu ✓ vào ô thích hợp)	Dùng riêng cho hoạt động giám sát BTN	Dùng chung	Không hoạt động	Không có
C18	Máy vi tính	☐	☐	☐	☐
C19	Máy in	☐	☐	☐	☐
C20	Máy Fax	☐	☐	☐	☐
C21	Modem kết nối mạng Internet	☐	☐	☐	☐
C22	Điện thoại	☐	☐	☐	☐
C23	Máy định vị GPS	☐	☐	☐	☐
D					
Chất lượng hệ thống giám sát					
Tính đầy đủ, đúng hạn của số liệu giám sát					
D1	Đơn vị có lưu trữ đầy đủ số liệu giám sát BTN trong vòng 5 năm trở lại đây không? ☐ 1. Có ☐ 2. Không				Xem báo cáo lưu
D2	Nếu có, phương tiện lưu trữ số liệu là gì?				
D3	a) Báo cáo giấy (sổ, báo cáo, phiếu điều tra...) ☐ 1. Có ☐ 2. Không				
D4	b) Trên máy vi tính ☐ 1. Có ☐ 2. Không				
	c) Có cả 2 ☐ 1. Có ☐ 2. Không				

BẢNG KIỂM BÁO CÁO DỊCH ĐẾN ĐƠN VỊ YTDP CỦA BV/PKĐK TRONG NĂM 2011

TT	Nội dung	Tháng 1	Tháng 2	Tháng 3	Tháng 4	Tháng 5	Tháng 6	Tháng 7	Tháng 8	Tháng 9	Tháng 10	Tháng 11	Tháng 12	Tổng số
Báo cáo tuần	Số BC gửi đi													
	Số BC gửi đi đúng hạn													
	Số BC gửi đi muộn													
	Số BC có đầy đủ thông tin													
Báo cáo tháng	Số BC gửi đi													
	Số BC gửi đi đúng hạn													
	Số BC gửi đi muộn													
	Số BC có đầy đủ thông tin													
Báo cáo đột xuất	Số BC gửi đi													
	Số BC gửi đi đúng hạn													
	Số BC gửi đi muộn													
	Số BC có đầy đủ thông tin													

• **Báo cáo gửi đi đúng hạn:**

- **BVTP:** BCTuần gửi đi trước 14 giờ thứ Tư tuần kế tiếp/**BV huyện, PKĐK:** BCTuần gửi đi trước 14 giờ thứ Ba tuần kế tiếp
- **BVTP:** BCTháng gửi đi trước ngày 10 của tháng kế tiếp/**BV huyện, PKĐK:** BCTháng gửi đi trước ngày 5 của tháng kế tiếp
- Báo cáo đột xuất gửi đi vòng 24h ngay sau khi phát hiện bệnh nhóm A hoặc ổ dịch

- **Báo cáo có đầy đủ thông tin:** là báo cáo có đầy đủ số liệu với tất cả các BTN theo mẫu, khi không có trường hợp bệnh có điền giá trị 0 hoặc ghi không có trường hợp bệnh.

MẪU 5- MÔ TẢ HOẠT ĐỘNG KHOA XÉT NGHIỆM TẠI BỆNH VIỆN, PHÒNG KHÁM ĐA KHOA

Người cung cấp thông tin:..... Điện thoại:.....
 Công việc phụ trách:

E	Năng lực cán bộ khoa xét nghiệm	
E1	Khoa xét nghiệm có bao nhiêu cán bộ được đào tạo về xét nghiệm vi sinh: cán bộ/.....Tổng số CB khoa XN	
	Trong năm 2011 cán bộ Khoa xét nghiệm được bồi dưỡng kiến thức về XN Vi sinh không?	<i>Đọc đáp án</i>
E2	a) Đào tạo tại PTN của Viện VSDT TƯ ☐ Có ☐ Không	
E3	b) Đào tạo tại PTN tuyến trên ☐ Có ☐ Không	
E4	c) Đào tạo tại các BV ☐ Có ☐ Không	
E5	d) Đào tạo tại chỗ ☐ Có ☐ Không	
E6	e) Không được đào tạo.	
E7	Nêu có thì CB được đào tạo về những nội dung gì? a) b) c)	
	Khả năng khẳng định trường hợp bệnh/vụ dịch	
E8	Đơn vị có những tài liệu hướng dẫn về lấy mẫu, bảo quản và vận chuyển mẫu bệnh phẩm cho những bệnh nào?	<i>Quan sát</i>
E9	a) Đủ cho 28 BTN	
E10	b) Một số bệnh	
	c) Ghi cụ thể các bệnh có HD lấy mẫu:.....	
	Đơn vị đang triển khai được các phương pháp xét nghiệm vi sinh nào?	<i>Đọc đáp án</i>
E11	a) Soi trực tiếp bằng kính hiển vi thường ☐ Có ☐ Không	
E12	b) Các xét nghiệm phát hiện kháng nguyên/kháng thể ☐ Có ☐ Không	
E13	c) Nuôi cấy, xác định, định danh vi sinh vật ☐ Có ☐ Không	
E14	d) Phương pháp sinh học phân tử ☐ Có ☐ Không	
E15	Đơn vị có thể chẩn đoán xác định các tác nhân gây bệnh là VSV nào ?	<i>Đọc đáp án</i>
E16	a) Cúm A/H5N1 ☐ Có ☐ Không	
E17	b) SXHD ☐ Có ☐ Không	
E18	c) Tả ☐ Có ☐ Không	
E19	d) EV 71 ☐ Có ☐ Không	
E20	e) Sởi ☐ Có ☐ Không	
E21	f) Rubella ☐ Có ☐ Không	
	g) Khác :.....	
E22	Đơn vị có khả năng lấy mẫu, bảo quản và vận chuyển các loại bệnh phẩm để chẩn đoán tác nhân nào lên tuyến trên khi cần?	<i>Đọc đáp án</i>
E23	a) Bệnh phẩm chẩn đoán cúm ☐ Có ☐ Không	
E24	b) SXHD ☐ Có ☐ Không	
E25	c) Tả ☐ Có ☐ Không	
E26	d) TCM ☐ Có ☐ Không	
E27	e) Sốt phát ban nghi sởi ☐ Có ☐ Không	
	f) Khác :	

	Hiện nay đơn vị đang có những loại Test chẩn đoán nhanh những bệnh nào?	Hỏi
E28	a) SXHD ☐ Có ☐ Không	
E29	b) Tả ☐ Có ☐ Không	
E30	c) TCM ☐ Có ☐ Không	
E31	d) Sởi ☐ Có ☐ Không	
E32	e) Rubella ☐ Có ☐ Không	
E33	f) Khác :	
E34	Trong năm 2011, đơn vị có chia sẻ mẫu bệnh phẩm hoặc chủng tác nhân gây bệnh cho các đơn vị YTDP không? ☐ Có ☐ Không	
	Tiêu chuẩn an toàn sinh học PTN của đơn vị	
E35	a) ATSH cấp:	
E36	b) Chưa xếp loại	

Xin cảm ơn sự hợp tác của các anh chị!

MẪU 6- PHIẾU KHẢO SÁT HỆ THỐNG Y TẾ DỰ PHÒNG TUYẾN QUẬN, HUYỆN

Quận, huyện, thị xã:

I/ THÔNG TIN CHUNG

1. Số liệu cơ bản

- Dân số:
- Số xã, phường, thị trấn:
- Số BVĐK trên địa bàn: BV công lập:..... BV tư nhân:
- Số PKĐK tư nhân trên địa bàn:

2. Cơ cấu các Khoa, Phòng của Trung tâm Y tế

TT	Khoa, phòng	Tổng số CB
1	Phòng Hành chính – Tổ chức	
2	Phòng Kế hoạch - Tài chính	
3	Khoa Kiểm soát dịch bệnh và HIV/AIDS	
4	Khoa YTCC	
5	Khoa VSATTP	
6	Khoa Xét nghiệm	
7	Khoa khác:.....	

3. Tổ chức nhân sự của Khoa KSDB và HIV/AIDS (hoặc khoa làm nhiệm vụ GS, PCD:)

ST T	Họ và tên	Công việc phụ trách chính ⁽¹⁾	Tuổi		Chuyên ngành đào tạo (tốt nghiệp ban đầu) ⁽²⁾	Trình độ ch.môn cao nhất ⁽³⁾	Số năm làm việc trong hoạt động GSPCD
			Nam	Nữ			
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							

4. Tổ chức nhân sự của Khoa Xét nghiệm

ST T	Họ và tên	Công việc phụ trách chính ⁽¹⁾	Tuổi		Chuyên ngành đào tạo (tốt nghiệp ban đầu) ⁽²⁾	Trình độ ch.môn cao nhất ⁽³⁾	Số năm làm việc trong hoạt động GSPCD
			Nam	Nữ			
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

- * **Ghi chú:** (1) Công việc phụ trách chính như: Trưởng khoa, chuyên trách Dịch tễ, xét nghiệm vi sinh...
 (2) Chuyên ngành đào tạo: sau khi tốt nghiệp ĐH/CĐ/ THCN (BSDK, Y sỹ đa khoa, điều dưỡng...)
 (3) Trình độ chuyên môn cao nhất: học vị cao nhất đạt được đến nay (TS/thạc sỹ /CK1 chuyên ngành YHDP, xét nghiệm...)

II/ KHẢ NĂNG ĐÁP ỨNG PCD

1. Kinh phí cho hoạt động PCD

Nguồn	Năm 2011	KH 2012
Nguồn kinh phí cho y tế tại địa phương (đồng)		
Kinh phí Thành phố		
Kinh phí địa phương		
Nguồn khác:...		
Tổng		
Nguồn kinh phí cho hoạt động GSD, chống dịch		
Kinh phí Thành phố		
Kinh phí địa phương		
Nguồn khác:.....		
Tổng		

2. Cơ sở phòng chống dịch hiện tại

1	Cơ sở thuốc kháng vi rút (Tamiflu): số lượng..... a) Có đầy đủ b) Không đủ c) Không rõ d) Không có
2	Cơ sở thuốc kháng sinh dự phòng: số lượng..... a) Có đầy đủ b) Không đủ c) Không rõ d) Không có

3	Cơ sở vắc xin dự phòng: số lượng..... a) Có đầy đủ b) Không đủ c) Không rõ d) Không có
4	Cơ sở hoá chất diệt muỗi/bọ gậy: số lượng..... a) Có đầy đủ b) Không đủ c) Không rõ d) Không có
5	Cơ sở hoá chất khử trùng, sát khuẩn (Cloramin B): số lượng..... a) Có đầy đủ b) Không đủ c) Không rõ d) Không có
6	Phương tiện cơ động chống dịch (ô tô, xe máy) a) Có đầy đủ b) Không đủ c) Không rõ d) Không có
7	Máy phun hoá chất: số lượng..... a) Có đầy đủ b) Không đủ c) Không rõ d) Không có
8	Phương tiện bảo hộ khi vào ổ dịch (quần áo, ủng, kính, mũ, khẩu trang, găng tay...) a) Có đầy đủ b) Không đủ c) Không rõ d) Không có
9	Phương tiện và tài liệu truyền thông sẵn có tại đơn vị? f) Phóng sự g) Tờ rơi các loại h) Khác:..... i) Không có

**MẪU 7 – HỒI CỨU HOẠT ĐỘNG GIÁM SÁT VÀ ĐÁP ỨNG
PHÒNG CHỐNG DỊCH TẢ, SXHD TẠI CÁC QUẬN HUYỆN
(Hồi cứu các ổ dịch tả, SXHD năm 2011-2012)**

Quận/huyện/thị xã:.....

Địa chỉ ổ dịch:..... **Ổ dịch thứ:**..... năm 2011

Tổng số xã/phường có dịch:...../**tổng số đơn vị hành chính huyện**

Tổng số mắc:..... **Tổng số chết:**.....

1. Thông tin về trường hợp bệnh đầu tiên và diễn biến vụ dịch

Tên, tuổi, giới, nghề nghiệp, địa chỉ bệnh nhân:

.....
.....

Các triệu chứng đầu tiên

.....
.....

Triệu chứng lâm sàng khi đến cơ sở y tế đầu tiên

.....
.....

Dịch tễ học trường hợp bệnh

Thời điểm phơi nhiễm với yếu tố nguy cơ (nếu có)

.....
.....

Các yếu tố nguy cơ.....

.....

Phân bố các trường hợp mắc, chết trên địa bàn của vụ dịch (copy lại số liệu của TT)

Cơ quan thông báo trường hợp bệnh đầu tiên cho TTYT quận/huyện biết:

Quá trình phát hiện, báo cáo	Trường hợp bệnh đầu tiên
1. Thời gian phơi nhiễm với yếu tố nguy cơ	___/___/___/___
2. Thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên	___/___/___/___
3. Thời gian đến cơ sở y tế đầu tiên	___/___/___/___
4. Cơ sở y tế đầu tiên bệnh nhân đến (01-Không đi khám, 02-Y tế tư nhân, 03 – TYTX, 04 - PKĐKKV, 05 - BVH, 06 – BVT, 07 – BVTW, 08 – Khác (ghi rõ))	
5. Thời gian cơ sở y tế đầu tiên thông báo cho hệ YTDP cùng tuyến	___/___/___/___
6. Đơn vị YTDP đầu tiên được thông báo là (01 – TTYTDP tỉnh, 02 – TTYTDP huyện, 03 – TYTX, 04 – Khác (ghi rõ))	
7. Thời gian được chuyển đến cơ sở y tế tuyến trên (nếu có)	___/___/___/___
8. Thời gian được báo cho đơn vị YTDP tuyến trên	___/___/___/___
9. Thời gian thông báo trường hợp bệnh đầu tiên của ổ dịch trên địa bàn	___/___/___/___

10. Cơ quan thông báo trường hợp bệnh đầu tiên của ô dịch (01-Trung ương, 02 – Tuyến tỉnh, 03 – Tuyến huyện, 04 – xã, 05 – Khác (ghi rõ))	
Điều tra xác minh dịch	
11. Thời gian bắt đầu điều tra trường hợp bệnh	___/___/___/
12. Các đơn vị tham gia điều tra (01-Viện VSDT, 02 – TTYTDP TP, 03 – TTYT huyện, 04 – TYTX, 05 – Khác (ghi rõ))	
13. Thời gian lấy bệnh phẩm và gửi đi XN đối với trường hợp bệnh đầu tiên Lần 1	___/___/___/
Lần 2	___/___/___/
14. Thời gian có kết quả XN đầu tiên	___/___/___/
15. Đơn vị thực hiện việc XN mẫu bệnh phẩm của trường hợp bệnh đầu tiên (01 – Viện VSDT, 02 – TTYTDP TP, 03 – TTYT huyện, 04 – BVTW, 05 – BV TP, 06 – BV huyện, 07 – Khác)	
16. Đơn vị trả lời kết quả XN khẳng định trường hợp bệnh đầu tiên (01 – Viện VSDT, 02 – TTYTDP TP, 03 – TTYT huyện, 04 – BVTW, 05 – BV TP, 06 – BV huyện, 07 – Khác)	
17. Thời gian nhận được kết quả XN khẳng định mẫu bệnh phẩm	___/___/___/
18. Thời gian khẳng định ô dịch	___/___/___/
19. Tổng số trường hợp được điều tra	
20. Tổng số trường hợp bệnh được giám sát	
Xử lý dịch	
21. Thời gian bắt đầu tiến hành xử lý dịch Lần 1	___/___/___/
Lần 2	___/___/___/
Lần 3	___/___/___/
22. Các đơn vị tham gia xử lý vụ dịch (01 – Viện VSDT, 02 – TTYTDP TP, 03 – TTYT huyện, 04 – BVTW, 05 – BV TP, 06 – BV huyện, 07 – TYT, 08 – YT thôn, CTV, 09 - Khác)	
23. Thời gian phát hiện BN cuối cùng của ô dịch	___/___/___/
24. Thời gian công bố kết thúc ô dịch	___/___/___/
25. Các biện pháp xử lý dịch đã được thực hiện	
Báo cáo điều tra, phản hồi và đánh giá	
26. Có báo cáo ô dịch không? (xem báo cáo)	1) Có 2) Không
27. Thời gian gửi báo cáo dịch cho tuyến trên?	___/___/___/
28. Đơn vị có phản hồi kết quả cho cộng đồng và các đơn vị có liên quan không?	1) Có 2) Không
29. Nếu có, phản hồi khi nào?	___h ___/___/___
30. Có văn bản chỉ đạo cho tuyến dưới về PCD?	1) Có 2) Không
31. Nếu có, ghi sơ bộ các văn bản và chụp lại toàn bộ	

Phụ lục 2. BIỂU MẪU ĐIỀU TRA KAP

MẪU 8 - PHIẾU PHÒNG VẤN
KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH CỦA CÁN BỘ Y TẾ THAM GIA
HỆ THỐNG GIÁM SÁT BỆNH TRUYỀN NHIỄM TẠI HÀ NỘI
(Dành cho cán bộ tuyến quận huyện)

Ngày điều tra:.....Số thứ tự phiếu điều tra:

Họ tên điều tra viên:.....

A. Thông tin chung đối tượng được phỏng vấn:

(Khoanh tròn vào đáp án tương ứng hoặc ghi cụ thể đáp án)

A1. Đơn vị:.....

A2. Chức danh:.....

A3. Nhiệm vụ trong hệ thống giám sát bệnh TN:

1. Chuyên trách phòng dịch của Trạm Y tế xã phường
2. Chuyên trách dịch tễ tuyến quận huyện
3. Trạm trưởng Trạm Y tế
4. Trưởng khoa KSDB của Trung tâm Y tế quận, huyện
5. Cán bộ thông báo dịch của bệnh viện Thành phố, bệnh viện huyện
6. Cán bộ đại diện cho phòng khám đa khoa tư nhân

A4. Tuổi: (Bảng năm hiện tại trừ đi năm sinh)

A5. Giới: 1. Nam 2. Nữ

A6. Dân tộc: -----

A7. Trình độ học vấn:

- | | |
|--------------|-----------------|
| 1. Sơ cấp | 4. Đại học |
| 2. Trung cấp | 5. Trên đại học |
| 3. Cao đẳng | |

A8. Trình độ chuyên môn:

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 1. Điều dưỡng | 6. Bác sĩ đa khoa |
| 2. Kỹ thuật viên | 7. Bác sĩ Y học dự phòng |
| 3. Cử nhân YTCC | 8. Bác sĩ chuyên khoa khác |
| 4. Y sĩ đa khoa | 9. Khác |
| 5. Y sĩ Y học cổ truyền | |

A9. Thời gian công tác trong hệ thống giám sát bệnh TN:

(Nếu là cán bộ hệ dự phòng thì tính thời gian làm việc tại Trạm Y tế xã phường, tại khoa kiểm soát dịch bệnh của Trung tâm Y tế quận huyện; Nếu là cán bộ hệ điều trị thì là thời gian làm việc tại bệnh viện)

1. Dưới 1 năm (Ghi rõ số tháng.....)
2. Từ 1 đến 3 năm
3. Trên 3 năm

B. Kiến thức, thái độ, thực hành về giám sát bệnh truyền nhiễm:*(Khoanh tròn vào phương án trả lời, không đánh dấu vào ô code)***B.1 Theo anh/chị, bệnh truyền nhiễm là bệnh như thế nào?** *(Không đọc đáp án)* Cod
e

1.	Là bệnh lây truyền từ người sang người	
2.	Là bệnh lây truyền từ động vật sang người	
3.	Do tác nhân gây bệnh truyền nhiễm	
4.	Khác:..... ..	

B2. Theo anh/chị, giám sát bệnh truyền nhiễm là gì? *(Không đọc đáp án)*

1.	Là xác minh, thu thập thông tin về bệnh truyền nhiễm	
2.	Là phân tích, phiên giải số liệu về bệnh truyền nhiễm	
3.	Là lập kế hoạch, triển khai và đánh giá các biện pháp phòng chống dịch	
4.	Không biết	

B3. Anh/chị được biết những văn bản nào quy định về giám sát bệnh truyền nhiễm? *(Không đọc đáp án)*

1.	Luật phòng chống bệnh truyền nhiễm	
2.	Thông tư số 48/2010/TT-BYT về việc “Hướng dẫn chế độ khai báo, thông tin, báo cáo bệnh truyền nhiễm” của Bộ Y tế ngày 31/12/2010	
3.	Công văn Hướng dẫn việc thực hiện báo cáo tình hình bệnh mắc bệnh dịch của Sở Y tế Hà Nội số 523/SYT-NVY ngày 13/6/2011	
4.	Khác:.....	
5.	Không biết	

B4. Hiện nay có bao nhiêu bệnh truyền nhiễm anh chị phải giám sát:

1		
2	Không biết	

B5. Theo qui định Trung tâm Y tế quận huyện sẽ thu thập thông tin về bệnh truyền nhiễm từ những nguồn nào? *(Không đọc đáp án)*

1.	Người dân	
2.	Cộng tác viên y tế	
3.	Cơ sở khám chữa bệnh tư nhân	
4.	Y tế cơ quan xí nghiệp	
5.	Y tế trường học	
6.	Trạm Y tế xã phường	
7.	Bệnh viện công lập	
8.	Trung tâm Y tế dự phòng Hà Nội	
9.	Khác (ghi rõ).....	

B6. Theo anh/chị Trung tâm Y tế quận huyện phải làm những loại báo cáo bệnh truyền nhiễm nào? *(Không đọc đáp án)*

1.	Báo cáo ngày	
2.	Báo cáo tuần	
3.	Báo cáo tháng	

4.	Báo cáo năm	
5.	Báo cáo đột xuất (khẩn cấp)	
6.	Báo cáo nhanh	
7.	Không biết	

B7. Theo anh/chị, hiện nay Bộ Y tế phân loại bệnh truyền nhiễm thành 3 nhóm, đó là nhóm nào? (Không đọc đáp án)

1.	A, B, C	
2.	Khác	
3.	Không biết	

B8. Anh/chị hãy kể tên 3 bệnh nhóm A theo qui định hiện nay cần giám sát (Không đọc đáp án)

1.	Bại liệt	
2.	Cúm AH5N1	
3.	Tả	
4.	Khác (Ghi rõ).....	
5.	Không biết	

B9. Theo qui định những trường hợp nào phải báo cáo đột xuất? (Nhiều lựa chọn, không đọc đáp án)

1.	Khi phát hiện trường hợp ngghi mắc bệnh truyền nhiễm nhóm A	
2.	Khi phát hiện trường hợp mắc bệnh truyền nhiễm nhóm A	
3.	Khi phát hiện ổ dịch, dịch	
4.	Bệnh lạ	
5.	Không biết	

B10 Theo anh/chị báo cáo tuần là báo cáo số trường hợp bệnh có ngày mắc từ thứ hai đến thứ bảy của tuần đó, đúng hay sai?

1.	Đúng	
2.	Sai	
3.	Không biết	

B11 Theo anh chị, nếu trong tuần không có trường hợp bệnh truyền nhiễm nào thì có cần gửi báo cáo tuần hay không?

1.	Có	
2.	Không	
3.	Không biết	

B12 Theo qui định anh/chị phải gửi báo cáo bệnh truyền nhiễm hàng tháng lên Trung tâm Y tế dự phòng Hà Nội chậm nhất vào ngày nào trong tháng? (Không đọc đáp án)

1.	Trước ngày mùng 10	
2.	Từ ngày mùng 10 trở đi	
3.	Không biết	

B13. Theo anh/chị trường hợp nào thì được coi là nghi Tả (Không đọc đáp án)

1.	Đi ngoài phân toé nước	
2.	Không sốt	

3.	Mất nước nặng	
4.	Có yếu tố dịch tễ (Đi từ vùng dịch về hoặc sống trong vùng có dịch)	
5.	Không biết	

B14. Theo anh/chị những trường hợp như thế nào là trường hợp liệt mềm cấp nghi bại liệt? (Không đọc đáp án)

1.	Liệt mềm	
2.	Xảy ra đột ngột	
3.	Xảy ra ở trẻ < 15 tuổi	
4.	Không biết	

B15. Theo anh/chị những trường hợp như thế nào thì nghi Cúm AH5N1 (Không đọc đáp án)

1.	Sốt cao	
2.	Ho	
3.	Khó thở	
4.	Yếu tố dịch tễ (giết mổ, tiếp xúc, vận chuyển, ăn thịt gia cầm ốm chết không rõ nguyên nhân.....)	
5.	Không biết	

B16. Theo anh/chị trường hợp bệnh Sốt phát ban nghi sởi là trường hợp bệnh gồm các triệu chứng chính nào? (Không đọc đáp án)

1.	Sốt	
2.	Phát ban	
3.	Viêm long (Ho, mắt đỏ, mắt kèm nhèm, chảy nước mũi)	
4.	Không biết	

B17 Anh/chị cho biết trước một trường hợp như thế nào thì nghi tới bị mắc Sốt xuất huyết Dengue? (Không đọc đáp án)

1.	Sốt cao	
2.	Đau (đầu, mỏi người, hốc mắt)	
3.	Dấu hiệu xuất huyết (dây thắt dương tính, chấm mảng xuất huyết, chảy máu cam, chảy máu chân răng, rối loạn kinh nguyệt...)	
4.	Không biết	

B18 Anh/chị hãy cho biết trường hợp nào thì nghi mắc bệnh Tay chân miệng? (Không đọc đáp án)

1.	Sốt	
2.	Phồng nước ở lòng bàn tay, bàn chân hoặc miệng	
3.	Không biết	

B19 Anh/chị hãy nêu qui trình điều tra dịch? (Không đọc đáp án)

1.	Xác minh thông tin	
2.	Khẳng định sự tồn tại của vụ dịch	
3.	Mô tả quá trình diễn biến của vụ dịch	
4.	Tìm hiểu dân số, cấu trúc của dân cư	
5.	Điều tra các yếu tố dịch tễ học có liên quan đến bệnh dịch	

6.	Hội chẩn	
7.	Xác định chẩn đoán	
8.	Thực hiện nghiên cứu dịch tễ học mô tả	
9.	Hình thành giả thuyết	
10.	Đánh giá giả thuyết	
11.	Thực hiện các biện pháp phòng chống dịch	
12.	Báo cáo điều tra dịch	
13.	Không biết	

B20 Anh/chị có phải phân tích số liệu bệnh truyền nhiễm không?

1.	Có	
2.	Không (<i>Chuyển câu B24</i>)	

B21 Khi phân tích số liệu bệnh truyền nhiễm anh/chị thường phân tích theo các đặc điểm nào? (Đọc đáp án)

1.	Thời gian mắc bệnh (tháng, tuần, ngày)	
2.	Địa điểm (xã phường, tổ, thôn xóm...)	
3.	Con người (nam, nữ, nghề nghiệp...)	
4.	Các loại tỷ lệ mắc bệnh (chết/mắc; mắc/100.000 dân; mắc/100.000 trẻ em....)	
5.	Khác	

B22 Theo anh/chị có thể trình bày số liệu bệnh truyền nhiễm bằng những cách nào? (Đọc đáp án)

1.	Bảng số liệu	
2.	Biểu đồ	
3.	Bản đồ	
4.	Báo cáo mô tả bằng lời văn	
5.	Không biết	

B23 Anh/chị phân tích số liệu bằng cách nào? (Đọc đáp án và khoanh vào đáp án tương ứng với câu trả lời)

1.	Máy tính cá nhân (Bấm tay)	
2.	Phần mềm Excel	
3.	Phần mềm Epidata	
4.	Phần mềm Epi info	
5.	Khác..	

B24 Các anh/chị có nghe nói đến ngưỡng cảnh báo dịch hay ngưỡng dịch chưa?

1.	Có	
2.	Không (<i>Chuyển câu B26</i>)	

B25 Anh/chị có sử dụng khái niệm ngưỡng dịch hay cảnh báo dịch trong công tác giám sát bệnh truyền nhiễm không?

1.	Có	
2.	Không	

B26 Theo anh/chị, quy trình GS các BTN trên địa bàn hiện nay như thế nào?

.	(Đọc đáp án và khoanh vào phương án trả lời)	
1.	Rất phù hợp	
2.	Phù hợp	
3.	Tương đối phù hợp	
4.	Không phù hợp	
5.	Không biết	
B27	Anh/chị đánh giá như thế nào về biểu mẫu báo cáo dịch (tuần, tháng) hiện nay?	
.	(Đọc đáp án và khoanh vào phương án trả lời)	
1.	Phức tạp/khó thực hiện	
2.	Bình thường/áp dụng được	
3.	Đơn giản/dễ thực hiện	
4.	Không biết	
B28	Anh chị đánh giá thế nào về các số liệu giám sát BTN hiện nay trên địa bàn?	
.	(Đọc đáp án và khoanh vào phương án trả lời)	
1.	Không chính xác	
2.	Tương đối chính xác	
3.	Chính xác	
4.	Không biết	
B29	Theo anh/chị, hoạt động giám sát BTN của đơn vị hiện nay có đáp ứng với tình hình dịch bệnh tại địa phương không?	
.		
1.	Có (Kết thúc phỏng vấn, chuyển sang bài tự điền)	
2.	Không	
B30	Anh chị cho biết lí do không đáp ứng được là gì? (Đọc đáp án)	
.		
1.	Thiếu nguồn kinh phí cho hoạt động giám sát	
2.	Thiếu cán bộ chuyên môn về dịch tễ, y tế dự phòng	
3.	Thiếu cán bộ xét nghiệm đủ khả năng lấy mẫu, xét nghiệm chẩn đoán	
4.	Thiếu sự hỗ trợ về kỹ thuật, kinh phí từ tuyến TU	
5.	Thiếu trang thiết bị, thuốc thiết yếu	
6.	Khác	

Xin cảm ơn sự hợp tác của anh/chị!

C. PHẦN THỰC HÀNH (*Phát cho đối tượng được phỏng vấn để tự điền*)

C1. TÌNH HUỐNG 1:

Khi phát hiện một bệnh nhân nghi Tả trên địa bàn, anh/chị sẽ làm gì? Anh chị hãy nêu tên từng hoạt động và nội dung cụ thể các hoạt động cần triển khai trên địa bàn:

C2. TÌNH HUỐNG 2:

Khi phát hiện một bệnh nhân nghi Sốt xuất huyết, anh/chị sẽ làm gì? Anh chị hãy nêu tên từng hoạt động và nội dung cụ thể các hoạt động cần triển khai trên địa bàn:

MẪU 9 –PHIẾU PHÒNG VẤN
KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH CỦA CÁN BỘ Y TẾ THAM GIA
HỆ THỐNG GIÁM SÁT BỆNH TRUYỀN NHIỄM TẠI HÀ NỘI
(Dành cho cán bộ tuyến xã phường)

Ngày điều tra:.....Số thứ tự phiếu điều tra:

Họ tên điều tra viên:.....

A. Thông tin chung đối tượng được phỏng vấn:

(Khoanh tròn vào đáp án tương ứng hoặc ghi cụ thể đáp án)

A1. Đơn vị:.....

A2. Chức danh:.....

A3. Nhiệm vụ trong hệ thống giám sát bệnh TN:

1. Chuyên trách phòng dịch của Trạm Y tế xã phường
2. Chuyên trách dịch tễ tuyến quận huyện
3. Trạm trưởng Trạm Y tế
4. Trưởng khoa KSDB của Trung tâm Y tế quận, huyện
5. Cán bộ thông báo dịch của bệnh viện Thành phố, bệnh viện huyện
6. Cán bộ đại diện cho phòng khám đa khoa tư nhân

A4. Tuổi: (Bằng năm hiện tại trừ đi năm sinh)

A5. Giới: 1. Nam 2. Nữ

A6. Dân tộc: -----

A7. Trình độ học vấn:

- | | |
|--------------|-----------------|
| 1. Sơ cấp | 4. Đại học |
| 2. Trung cấp | 5. Trên đại học |
| 3. Cao đẳng | |

A8. Trình độ chuyên môn:

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 1. Điều dưỡng | 6. Bác sĩ đa khoa |
| 2. Kỹ thuật viên | 7. Bác sĩ Y học dự phòng |
| 3. Cử nhân YTCC | 8. Bác sĩ chuyên khoa khác |
| 4. Y sĩ đa khoa | 9. Khác |
| 5. Y sĩ Y học cổ truyền | |

A9. Thời gian công tác trong hệ thống giám sát bệnh TN:

(Nếu là cán bộ hệ dự phòng thì tính thời gian làm việc tại Trạm Y tế xã phường, tại khoa kiểm soát dịch bệnh của Trung tâm Y tế quận huyện; Nếu là cán bộ hệ điều trị thì là thời gian làm việc tại bệnh viện)

1. Dưới 1 năm (Ghi rõ số tháng.....)
2. Từ 1 đến 3 năm
3. Trên 3 năm

B. Kiến thức, thái độ, thực hành về giám sát bệnh truyền nhiễm:

(Khoanh tròn vào phương án trả lời, không đánh dấu vào ô code)

B.1 Theo anh/chị, bệnh truyền nhiễm là bệnh như thế nào?(Không Code đọc đáp án)

1.	Là bệnh lây truyền từ người sang người	
2.	Là bệnh lây truyền từ động vật sang người	
3.	Do tác nhân gây bệnh truyền nhiễm	
4.	Không biết	

B2. Không phỏng vấn

B3. Anh/chị được biết những văn bản nào qui định về giám sát bệnh truyền nhiễm?(Không đọc đáp án)

1.	Luật phòng chống bệnh truyền nhiễm	
2.	Thông tư số 48/2010/TT-BYT về việc “Hướng dẫn chế độ khai báo, thông tin, báo cáo bệnh truyền nhiễm” của Bộ Y tế ngày 31/12/2010	
3.	Công văn Hướng dẫn việc thực hiện báo cáo tình hình bệnh mắc bệnh dịch của Sở Y tế Hà Nội số 523/SYT-NVY ngày 13/6/2011	
4.	Khác:.....	
5.	Không biết	

B4. Hiện nay có bao nhiêu bệnh truyền nhiễm anh chị phải giám sát:

1		
2	Không biết	

B5. Theo qui định Trạm Y tế sẽ thu thập thông tin về bệnh truyền nhiễm từ những nguồn nào? (Không đọc đáp án)

1.	Người dân	
2.	Cộng tác viên y tế	
3.	Cơ sở khám chữa bệnh tư nhân	
4.	Y tế cơ quan xí nghiệp	
5.	Y tế trường học	
6.	Trạm Y tế xã phường	
7.	Bệnh viện công lập	
8.	Trung tâm Y tế dự phòng Hà Nội	
9.	Khác (ghi rõ).....	

B6. Theo anh/chị Trạm Y tế xã phường phải làm những loại báo cáo bệnh truyền nhiễm nào? (Không đọc đáp án)

1.	Báo cáo ngày	
2.	Báo cáo tuần	
3.	Báo cáo tháng	
4.	Báo cáo năm	
5.	Báo cáo đột xuất (khẩn cấp)	
6.	Báo cáo nhanh	
7.	Không biết	

B7. Theo anh/chị, hiện nay Bộ Y tế phân loại bệnh truyền nhiễm thành 3 nhóm, đó là nhóm nào? (Không đọc đáp án)

1.	A, B, C	
2.	Khác	
3.	Không biết	

B8. Anh/chị hãy kể tên 3 bệnh nhóm A theo qui định hiện nay cần giám sát (Không đọc đáp án)

1.	Bại liệt	
2.	Cúm AH5N1	
3.	Tả	
4.	Khác (Ghi rõ).....	
5.	Không biết	

B9. Theo qui định những trường hợp nào phải báo cáo đột xuất? (Nhiều lựa chọn, không đọc đáp án)

1.	Khi phát hiện trường hợp ngghi mắc bệnh truyền nhiễm nhóm A	
2.	Khi phát hiện trường hợp mắc bệnh truyền nhiễm nhóm A	
3.	Khi phát hiện ô dịch, dịch	
4.	Bệnh lạ	
5.	Không biết	

B10. Không phỏng vấn

B11. Không phỏng vấn

B12b. Theo qui định anh/chị phải gửi báo cáo bệnh truyền nhiễm hàng tháng lên Trung tâm Y tế quận huyện chậm nhất vào ngày nào trong tháng? (Không đọc đáp án)

1.	Trước ngày mùng 5 hàng tháng	
2.	Từ ngày mùng 5 trở đi	
3.	Không biết	

B13. Theo anh/chị trường hợp nào thì được coi là nghi Tả (Không đọc đáp án)

1.	Đi ngoài phân toé nước	
2.	Không sốt	
3.	Mất nước nặng	
4.	Có yếu tố dịch tễ (Đi từ vùng dịch về hoặc sống trong vùng có dịch)	
5.	Không biết	

B14. Theo anh/chị những trường hợp như thế nào là trường hợp liệt mềm cấp nghi bại liệt? (Không đọc đáp án)

1.	Liệt mềm	
2.	Xảy ra đột ngột	
3.	Xảy ra ở trẻ < 15 tuổi	
4.	Không biết	

B15. Theo anh/chị những trường hợp như thế nào thì nghi Cúm AH5N1
(Không đọc đáp án)

1.	Sốt cao	
2.	Ho	
3.	Khó thở	
4.	Yếu tố dịch tễ (giết mổ, tiếp xúc, vận chuyển, ăn thịt gia cầm ốm chết không rõ nguyên nhân.....)	
5.	Không biết	

B16. Theo anh/chị trường hợp bệnh Sốt phát ban nghi sởi là trường hợp bệnh gồm các triệu chứng chính nào?(Không đọc đáp án)

1.	Sốt	
2.	Phát ban	
3.	Viêm long (Ho, mắt đỏ, mắt kèm nhèm, chảy nước mũi)	
4.	Không biết	

B17. Anh/chị cho biết trước một trường hợp như thế nào thì nghi tới bị mắc Sốt xuất huyết Dengue?(Không đọc đáp án)

1.	Sốt cao	
2.	Đau (đầu, mỏi người, hốc mắt)	
3.	Dấu hiệu xuất huyết (dây thắt dương tính, chấm mảng xuất huyết, chảy máu cam, chảy máu chân răng, rối loạn kinh nguyệt...)	
4.	Không biết	

B18. Anh/chị hãy cho biết trường hợp nào thì nghi mắc bệnh Tay chân miệng? (Không đọc đáp án)

1.	Sốt	
2.	Phồng nước ở lòng bàn tay, bàn chân hoặc miệng	
3.	Không biết	

B19. Không phỏng vấn

..... Không phỏng vấn

B25. Không phỏng vấn

B26. Theo anh/chị, quy trình GS các BTN trên địa bàn hiện nay như thế nào?
(Đọc đáp án và khoanh vào phương án trả lời)

1.	Rất phù hợp	
2.	Phù hợp	
3.	Tương đối phù hợp	
4.	Không phù hợp	
5.	Không biết	

B27. Anh/chị đánh giá như thế nào về biểu mẫu báo cáo dịch (tuần, tháng) hiện nay?
(Đọc đáp án và khoanh vào phương án trả lời)

1.	Phức tạp/khó thực hiện	
2.	Bình thường/áp dụng được	
3.	Đơn giản/dễ thực hiện	
4.	Không biết	
B28.	Anh chị đánh giá thế nào về các số liệu giám sát BTN hiện nay trên địa bàn? <i>(Đọc đáp án và khoanh vào phương án trả lời)</i>	
1.	Không chính xác	
2.	Tương đối chính xác	
3.	Chính xác	
4.	Không biết	
B29.	Theo anh/chị, hoạt động giám sát BTN của đơn vị hiện nay có đáp ứng với tình hình dịch bệnh tại địa phương không?	
1.	Có <i>(Kết thúc phỏng vấn, chuyển sang bài tự điền)</i>	
2.	Không	
B30.	Anh chị cho biết lí do không đáp ứng được là gì? <i>(Đọc đáp án)</i>	
1.	Thiếu nguồn kinh phí cho hoạt động giám sát	
2.	Thiếu cán bộ chuyên môn về dịch tễ, y tế dự phòng	
3.	Thiếu cán bộ xét nghiệm đủ khả năng lấy mẫu, xét nghiệm chẩn đoán	
4.	Thiếu sự hỗ trợ về kỹ thuật, kinh phí từ tuyến TU	
5.	Thiếu trang thiết bị, thuốc thiết yếu	
6.	Khác	

D. PHẦN THỰC HÀNH (*Phát cho đối tượng được phỏng vấn để tự điền*)

D1. TÌNH HUỐNG 1:

Khi phát hiện một bệnh nhân nghi Tả trên địa bàn, anh/chị sẽ làm gì? Anh/chị hãy nêu tên từng hoạt động và nội dung cụ thể các hoạt động cần triển khai trên địa bàn:

2. TÌNH HUỐNG 2:

Khi phát hiện một bệnh nhân nghi Sốt xuất huyết, anh/chị sẽ làm gì? Anh/chị hãy nêu tên từng hoạt động và nội dung cụ thể các hoạt động cần triển khai trên địa bàn:

MẪU 10 - PHIẾU PHÒNG VẤN

**KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH CỦA CÁN BỘ Y TẾ THAM GIA
HỆ THỐNG GIÁM SÁT BỆNH TRUYỀN NHIỄM TẠI HÀ NỘI
(Dành cho cán bộ thống kê tại bệnh viện)**

Ngày điều tra:.....Số thứ tự phiếu điều tra:

Họ tên điều tra viên:.....

A. Thông tin chung đối tượng được phỏng vấn:

(Khoanh tròn vào đáp án tương ứng hoặc ghi cụ thể đáp án)

A1. Đơn vị:.....

A2. Chức danh:.....

A3. Nhiệm vụ trong hệ thống giám sát bệnh TN:

1. Chuyên trách phòng dịch của Trạm Y tế xã phường
2. Chuyên trách dịch tễ tuyến quận huyện
3. Trạm trưởng trạm y tế
4. Trưởng khoa KSDB của Trung tâm Y tế quận, huyện
5. Cán bộ thông báo dịch của bệnh viện Thành phố, bệnh viện huyện
6. Cán bộ đại diện cho phòng khám đa khoa tư nhân

A4. Tuổi: (Bảng năm hiện tại trừ đi năm sinh)

A5. Giới: 1. Nam 2. Nữ

A6. Dân tộc: -----

A7. Trình độ học vấn:

- | | |
|--------------|-----------------|
| 1. Sơ cấp | 4. Đại học |
| 2. Trung cấp | 5. Trên đại học |
| 3. Cao đẳng | |

A8. Trình độ chuyên môn:

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 1. Điều dưỡng | 6. Bác sĩ đa khoa |
| 2. Kỹ thuật viên | 7. Bác sĩ Y học dự phòng |
| 3. Cử nhân YTCC | 8. Bác sĩ chuyên khoa khác |
| 4. Y sĩ đa khoa | 9. Khác |
| 5. Y sĩ Y học cổ truyền | |

A9. Thời gian công tác trong hệ thống giám sát bệnh TN:

(Nếu là cán bộ hệ dự phòng thì tính thời gian làm việc tại Trạm Y tế xã phường, tại khoa kiểm soát dịch bệnh của Trung tâm Y tế quận huyện; Nếu là cán bộ hệ điều trị thì là thời gian làm việc tại bệnh viện)

1. Dưới 1 năm (Ghi rõ số tháng.....)
2. Từ 1 đến 3 năm
3. Trên 3 năm

B. Kiến thức, thái độ, thực hành về giám sát bệnh truyền nhiễm:

(Khoanh tròn vào phương án trả lời, không đánh dấu vào ô code)

B.1 Theo anh/chị, bệnh truyền nhiễm là bệnh như thế nào? *(Không đọc đáp án)* Code

1.	Là bệnh lây truyền từ người sang người	
2.	Là bệnh lây truyền từ động vật sang người	
3.	Do tác nhân gây bệnh truyền nhiễm	
4.	Không biết	

B2. Không phỏng vấn

B3. Anh/chị được biết những văn bản nào qui định về giám sát bệnh truyền nhiễm? *(Không đọc đáp án)*

1.	Luật phòng chống bệnh truyền nhiễm	
2.	Thông tư số 48/2010/TT-BYT về việc “Hướng dẫn chế độ khai báo, thông tin, báo cáo bệnh truyền nhiễm” của Bộ Y tế ngày 31/12/2010	
3.	Công văn Hướng dẫn việc thực hiện báo cáo tình hình bệnh mắc bệnh dịch của Sở Y tế Hà Nội số 523/SYT-NVY ngày 13/6/2011	
4.	Khác:.....	
5.	Không biết	

B4. Hiện nay có bao nhiêu bệnh truyền nhiễm anh chị phải giám sát, báo cáo:

1		
2	Không biết	

B5b. Anh/chị thu thập thông tin về bệnh truyền nhiễm từ những nguồn nào? *(Không đọc đáp án)*

1.	Phòng khám	
2.	Khoa lây	
3.	Khoa nội	
4.	Khoa nhi	
5.	Khoa đông y	
6.	Khoa xét nghiệm	
7.	Khác (ghi rõ).....	

B6. Theo Bộ Y tế qui định anh/chị phải làm những loại báo cáo bệnh truyền nhiễm nào? *(Không đọc đáp án)*

1.	Báo cáo ngày	
2.	Báo cáo tuần	
3.	Báo cáo tháng	
4.	Báo cáo năm	
5.	Báo cáo đột xuất (khẩn cấp)	
6.	Báo cáo nhanh	
7.	Không biết	

B7. Theo anh/chị, hiện nay Bộ Y tế phân loại bệnh truyền nhiễm thành 3 nhóm, đó là nhóm nào? (Không đọc đáp án)

1.	A, B, C	
2.	Khác	
3.	Không biết	

B8. Anh/chị hãy kể tên 3 bệnh nhóm A theo qui định hiện nay cần giám sát (Không đọc đáp án)

1.	Bại liệt	
2.	Cúm AH5N1	
3.	Tả	
4.	Khác (Ghi rõ).....	
5.	Không biết	

B9. Theo qui định những trường hợp nào phải báo cáo đột xuất? (Nhiều lựa chọn, không đọc đáp án)

1.	Khi phát hiện trường hợp ngghi mắc bệnh truyền nhiễm nhóm A	
2.	Khi phát hiện trường hợp mắc bệnh truyền nhiễm nhóm A	
3.	Khi phát hiện ô dịch, dịch	
4.	Bệnh lạ	
5.	Không biết	

B10. Theo anh/chị báo cáo tuần là báo cáo số trường hợp bệnh có ngày mắc từ thứ hai đến thứ bảy của tuần đó, đúng hay sai?

1.	Đúng	
2.	Sai	
3.	Không biết	

B11. Theo anh chị, nếu trong tuần không có trường hợp bệnh truyền nhiễm nào thì có cần gửi báo cáo tuần hay không?

1.	Có	
2.	Không	
3.	Không biết	

B12c. Theo qui định anh/chị phải gửi báo cáo bệnh truyền nhiễm hàng tháng cho đơn vị nào? (Đọc đáp án)

1.	Trung tâm Y tế quận huyện	
2.	Trung tâm Y tế dự phòng Hà Nội	
3.	Khác	
4.	Không biết	

B13. Không phỏng vấn

..... Không phỏng vấn

B25. Không phỏng vấn

B26. Theo anh/chị, quy trình GS các BTN của đơn vị anh/chị hiện nay như thế nào? (Đọc đáp án và khoanh vào phương án trả lời)

1.	Rất phù hợp	
2.	Phù hợp	
3.	Tương đối phù hợp	
4.	Không phù hợp	
5.	Không biết	

B27. Anh/chị đánh giá như thế nào về biểu mẫu báo cáo dịch (tuần, tháng) hiện nay?

(Đọc đáp án và khoanh vào phương án trả lời)

1.	Phức tạp/khó thực hiện	
2.	Bình thường/áp dụng được	
3.	Đơn giản/dễ thực hiện	
4.	Không biết	

B28. Anh chị đánh giá thế nào về các số liệu giám sát BTN hiện nay trên địa bàn?

(Đọc đáp án và khoanh vào phương án trả lời)

1.	Không chính xác	
2.	Tương đối chính xác	
3.	Chính xác	
4.	Không biết	

B29. Theo anh/chị, hoạt động giám sát BTN của đơn vị hiện nay có đáp ứng với tình hình dịch bệnh tại địa phương không?

1.	Có (Kết thúc phỏng vấn, chuyển sang bài tự điền)	
2.	Không	

B30. Anh chị cho biết lí do không đáp ứng được là gì? (Đọc đáp án)

1.	Thiếu nguồn kinh phí cho hoạt động giám sát	
2.	Thiếu cán bộ chuyên môn về dịch tễ, y tế dự phòng	
3.	Thiếu cán bộ xét nghiệm đủ khả năng lấy mẫu, xét nghiệm chẩn đoán	
4.	Thiếu sự hỗ trợ về kỹ thuật, kinh phí từ tuyến TU	
5.	Thiếu trang thiết bị, thuốc thiết yếu	
6.	Khác	

C. PHẦN THỰC HÀNH (*Phát cho đối tượng được phỏng vấn để tự điền*)

C1. TÌNH HUỐNG 1:

Khi tiếp nhận một bệnh nhân nghi Tả, anh/chị sẽ làm gì? Anh chị hãy nêu tên từng hoạt động và nội dung cụ thể mỗi hoạt động:

C2. TÌNH HUỐNG 2:

Khi tiếp nhận một bệnh nhân nghi Sốt xuất huyết, anh/chị sẽ làm gì? Anh chị hãy nêu tên từng hoạt động và nội dung cụ thể mỗi hoạt động:

MẪU 11 - PHIẾU PHÒNG VẤN

**KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH CỦA CÁN BỘ Y TẾ THAM GIA
HỆ THỐNG GIÁM SÁT BỆNH TRUYỀN NHIỄM TẠI HÀ NỘI**
(Dành cho cán bộ GS BTN tại PKĐK tư nhân)

Ngày điều tra:.....Số thứ tự phiếu điều tra:

Họ tên điều tra viên:.....

A. Thông tin chung đối tượng được phỏng vấn:

(Khoanh tròn vào đáp án tương ứng hoặc ghi cụ thể đáp án)

A1. Đơn vị:.....

A2. Chức danh:.....

A3. Nhiệm vụ trong hệ thống giám sát bệnh TN:

1. Chuyên trách phòng dịch của Trạm Y tế xã phường
2. Chuyên trách dịch tễ tuyến quận huyện
3. Trạm trưởng Trạm Y tế
4. Trưởng khoa KSDB của Trung tâm Y tế quận, huyện
5. Cán bộ thông báo dịch của bệnh viện Thành phố, bệnh viện huyện
6. Cán bộ đại diện cho phòng khám đa khoa tư nhân

A4. Tuổi: (Bảng năm hiện tại trừ đi năm sinh)

A5. Giới: 1. Nam 2. Nữ

A6. Dân tộc: -----

A7. Trình độ học vấn:

- | | |
|--------------|-----------------|
| 1. Sơ cấp | 4. Đại học |
| 2. Trung cấp | 5. Trên đại học |
| 3. Cao đẳng | |

A8. Trình độ chuyên môn:

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 1. Điều dưỡng | 6. Bác sĩ đa khoa |
| 2. Kỹ thuật viên | 7. Bác sĩ Y học dự phòng |
| 3. Cử nhân YTCC | 8. Bác sĩ chuyên khoa khác |
| 4. Y sĩ đa khoa | 9. Khác |
| 5. Y sĩ Y học cổ truyền | |

A9. Thời gian công tác trong hệ thống giám sát bệnh TN:

(Nếu là cán bộ hệ dự phòng thì tính thời gian làm việc tại trạm y tế xã phường, tại khoa kiểm soát dịch bệnh của Trung tâm Y tế quận huyện; Nếu là cán bộ hệ điều trị thì là thời gian làm việc tại bệnh viện)

1. Dưới 1 năm (Ghi rõ số tháng.....)
2. Từ 1 đến 3 năm
3. Trên 3 năm

B. Kiến thức, thái độ, thực hành về giám sát bệnh truyền nhiễm:

(Khoanh tròn vào phương án trả lời, không đánh dấu vào ô code)

B.1 Theo anh/chị, bệnh truyền nhiễm là bệnh như thế nào? (Không đọc đáp án) Code

1.	Là bệnh lây truyền từ người sang người	
2.	Là bệnh lây truyền từ động vật sang người	
3.	Do tác nhân gây bệnh truyền nhiễm	
4.	Khác:.....	

B2. Không phỏng vấn

B3. Anh/chị được biết những văn bản nào qui định về giám sát bệnh truyền nhiễm? (Không đọc đáp án)

1.	Luật phòng chống bệnh truyền nhiễm	
2.	Thông tư số 48/2010/TT-BYT về việc “Hướng dẫn chế độ khai báo, thông tin, báo cáo bệnh truyền nhiễm” của Bộ Y tế ngày 31/12/2010	
3.	Công văn Hướng dẫn việc thực hiện báo cáo tình hình bệnh mắc bệnh dịch của Sở Y tế Hà Nội số 523/SYT-NVY ngày 13/6/2011	
4.	Khác:.....	
5.	Không biết	

B4. Hiện nay có bao nhiêu bệnh truyền nhiễm anh chị phải giám sát, báo cáo:

1		
2	Không biết	

B5. Không phỏng vấn

B6. Theo qui định của Bộ Y tế anh/chị phải làm những loại báo cáo bệnh truyền nhiễm nào? (Không đọc đáp án)

1.	Báo cáo ngày	
2.	Báo cáo tuần	
3.	Báo cáo tháng	
4.	Báo cáo năm	
5.	Báo cáo đột xuất (khẩn cấp)	
6.	Báo cáo nhanh	
7.	Không biết	

B7. Theo anh/chị, hiện nay Bộ Y tế phân loại bệnh truyền nhiễm thành 3 nhóm, đó là nhóm nào? (Không đọc đáp án)

1.	A, B, C	
2.	Khác	
3.	Không biết	

B8. Anh/chị hãy kể tên 3 bệnh nhóm A theo qui định hiện nay cần giám sát (Không đọc đáp án)

1.	Bại liệt	
2.	Cúm AH5N1	
3.	Tả	
4.	Khác (Ghi rõ).....	
5.	Không biết	

B9. Theo qui định những trường hợp nào phải báo cáo đột xuất?
(Nhiều lựa chọn, không đọc đáp án)

1.	Khi phát hiện trường hợp ngghi mắc bệnh truyền nhiễm nhóm A	
2.	Khi phát hiện trường hợp mắc bệnh truyền nhiễm nhóm A	
3.	Khi phát hiện ô dịch, dịch	
4.	Bệnh lạ	
5.	Không biết	

B10. Theo anh/chị báo cáo tuần là báo cáo số trường hợp bệnh có ngày mắc từ thứ hai đến thứ bảy của tuần đó, đúng hay sai?

1.	Đúng	
2.	Sai	
3.	Không biết	

B11. Theo anh chị, nếu trong tuần không có trường hợp bệnh truyền nhiễm nào thì có cần gửi báo cáo tuần hay không?

1.	Có	
2.	Không	
3.	Không biết	

B12c. Theo qui định anh/chị phải gửi báo cáo bệnh truyền nhiễm hàng tháng cho đơn vị nào? (Đọc đáp án)

1.	Trung tâm Y tế quận huyện	
2.	Trung tâm Y tế dự phòng Hà Nội	
3.	Khác	
4.	Không biết	

B13. Theo anh/chị trường hợp nào thì được coi là nghi Tả (Không đọc đáp án)

1.	Đi ngoài phân toé nước	
2.	Không sốt	
3.	Mất nước nặng	
4.	Có yếu tố dịch tễ (Đi từ vùng dịch về hoặc sống trong vùng có dịch)	
5.	Không biết	

B14. Theo anh/chị những trường hợp như thế nào là trường hợp liệt mềm cấp nghi bại liệt? (Không đọc đáp án)

1.	Liệt mềm	
2.	Xảy ra đột ngột	
3.	Xảy ra ở trẻ < 15 tuổi	
4.	Không biết	

B15. Theo anh/chị những trường hợp như thế nào thì nghi Cúm AH5N1 (Không đọc đáp án)

1.	Sốt cao	
2.	Ho	
3.	Khó thở	
4.	Yếu tố dịch tễ (giết mổ, tiếp xúc, vận chuyển, ăn thịt gia cầm ốm chết không rõ nguyên nhân.....)	
5.	Không biết	

B16. Theo anh/chị trường hợp bệnh Sốt phát ban nghi sốt là trường hợp bệnh gồm các triệu chứng chính nào? (Không đọc đáp án)

1.	Sốt	
2.	Phát ban	
3.	Viêm long (Ho, mắt đỏ, mắt kèm nhèm, chảy nước mũi)	
4.	Không biết	

B17. Anh/chị cho biết trước một trường hợp như thế nào thì nghi tới bị mắc Sốt xuất huyết Dengue? (Không đọc đáp án)

1.	Sốt cao	
2.	Đau (đầu, mỏi người, hốc mắt)	
3.	Dấu hiệu xuất huyết (dây thắt dương tính, chấm mảng xuất huyết, chảy máu cam, chảy máu chân răng, rối loạn kinh nguyệt...)	
4.	Không biết	

B18. Anh/chị hãy cho biết trường hợp nào thì nghi mắc bệnh Tay chân miệng? (Không đọc đáp án)

1.	Sốt	
2.	Phồng nước ở lòng bàn tay, bàn chân hoặc miệng	
3.	Không biết	

**B19. Không phỏng vấn
..... Không phỏng vấn**

B25. Không phỏng vấn

B26. Theo anh/chị, quy trình GS các BTN của đơn vị của anh/chị hiện nay như thế nào? (Đọc đáp án và khoanh vào phương án trả lời)

1.	Rất phù hợp	
2.	Phù hợp	
3.	Tương đối phù hợp	
4.	Không phù hợp	
5.	Không biết	

B27. Anh/chị đánh giá như thế nào về biểu mẫu báo cáo dịch (tuần, tháng) hiện nay?

(Đọc đáp án và khoanh vào phương án trả lời)

1.	Phức tạp/khó thực hiện	
2.	Bình thường/áp dụng được	
3.	Đơn giản/dễ thực hiện	
4.	Không biết	

B28. Anh/chị đánh giá thế nào về các số liệu giám sát BTN hiện nay trên địa bàn?

(Đọc đáp án và khoanh vào phương án trả lời)

1.	Không chính xác	
2.	Tương đối chính xác	
3.	Chính xác	
4.	Không biết	

B29. Theo anh/chị, hoạt động giám sát BTN của đơn vị hiện nay có đáp ứng với tình hình dịch bệnh tại địa phương không?		
1.	Có (Kết thúc phỏng vấn, chuyển sang bài tự điền)	
2.	Không	
B30. Anh chị cho biết lí do không đáp ứng được là gì? (Đọc đáp án)		
1.	Thiếu nguồn kinh phí cho hoạt động giám sát	
2.	Thiếu cán bộ chuyên môn về dịch tễ, y tế dự phòng	
3.	Thiếu cán bộ xét nghiệm đủ khả năng lấy mẫu, xét nghiệm chẩn đoán	
4.	Thiếu sự hỗ trợ về kỹ thuật, kinh phí từ tuyến TU	
5.	Thiếu trang thiết bị, thuốc thiết yếu	
6.	Khác	

C. PHẦN THỰC HÀNH (Phát cho đối tượng được phỏng vấn để tự điền)

C1. TÌNH HUỐNG 1:

Khi tiếp nhận một bệnh nhân nghi Tả, anh/chị sẽ làm gì? Anh chị hãy nêu tên từng hoạt động và nội dung cụ thể mỗi hoạt động:

C2. TÌNH HUỐNG 2:

Khi tiếp nhận một bệnh nhân nghi Sốt xuất huyết, anh/chị sẽ làm gì? Anh chị hãy nêu tên từng hoạt động và nội dung cụ thể mỗi hoạt động:

**MẪU 12 - PHIẾU PHÒNG VẤN KIẾN THỨC, THỰC HÀNH
CỦA CÁN BỘ XÉT NGHIỆM VI SINH GIÁM SÁT BỆNH TRUYỀN NHIỄM**

Ngày điều tra:.....Số thứ tự phiếu điều tra:

Người được phỏng vấn:.....

Điều tra viên:.....

Đơn vị:.....Quận/huyện:.....Mã đơn vị:

(Khoanh tròn vào phương án trả lời)

A. Thông tin chung:

A1. Tuổi:

A2. Giới: 1. Nam 2. Nữ

A3. Dân tộc:

A5. Trình độ học vấn:

- | | |
|--------------|-----------------|
| 1. Sơ cấp | 4. Đại học |
| 2. Trung cấp | 5. Trên đại học |
| 3. Cao đẳng | |

A6. Trình độ chuyên môn:

- | | |
|---------------------|---------------|
| 1. Y tá | 5. Bác sĩ |
| 2. Kỹ thuật viên | 6. Thạc sĩ |
| 3. Cử nhân sinh học | 7. Tiến sĩ |
| 4. Cử nhân YTCC | 8. Khác:..... |

A6. Thời gian công tác tại đơn vị:.....năm

A7. Nhiệm vụ chính tại đơn vị:

1. Cán bộ xét nghiệm
2. Khám chữa bệnh
3. Trưởng khoa xét nghiệm
4. Khác:.....

B. Kiến thức về giám sát bệnh truyền nhiễm:

(Khoanh tròn vào phương án trả lời, không đánh dấu vào ô code)

B1	Anh/chị hãy cho biết các tác nhân có khả năng gây bệnh truyền nhiễm? (Không đọc đáp án)	
1	Vì rút	1
2	Vì khuẩn	2
3	Ký sinh trùng	3
4	Nấm	4
5	Khác:.....	5
B2	Theo anh/chị, ký hiệu A00 là chỉ bệnh nào? (Không đọc đáp án)	
1	Bệnh tả	1

2	Bệnh thương hàn và phó thương hàn	2
3	Bệnh lỵ	2
4	Không biết	9
B3	Đối với các tác nhân gây bệnh truyền nhiễm là vi khuẩn, thời điểm tốt nhất để lấy mẫu xét nghiệm là? (Đọc đáp án)	
1	Trước khi bệnh nhân sử dụng kháng sinh	2
2	Sau khi bệnh nhân sử dụng kháng sinh	1
3	Không quan trọng	2
B4	Môi trường thường dùng vận chuyển hầu hết các loại vi khuẩn là Carry-Blair, đúng hay sai?	
1	Đúng	1
2	Sai	2
B5	Sau khi lấy bệnh phẩm tốt nhất nên chuyển mẫu tới phòng thí nghiệm trong ngày, đúng hay sai?	
1	Đúng	1
2	Sai	2
B6	Trong trường hợp mẫu bệnh phẩm nghi là do tác nhân là vi rút gây bệnh, nếu không làm xét nghiệm ngay trong 24 giờ, cần bảo quản ở nhiệt độ là? (Đọc đáp án)	
1	Từ 4-8 ⁰ C	2
2	Nhiệt độ phòng	2
3	Dưới -20 ⁰ C	1
4	Không biết	9
B7	Theo quy định, trên ống đựng bệnh phẩm cần ghi những thông tin nào? (Không đọc đáp án)	
1	Tên	1
2	Tuổi	2
3	Địa chỉ	3
4	Ngày lấy mẫu	4
5	Loại bệnh phẩm	5
6	Khác:.....	6
B8	Theo anh/chị, khi gửi mẫu bệnh phẩm về phòng xét nghiệm, có cần phải gửi kèm phiếu điều tra trường hợp bệnh không?	
1	Có	1
2	Không	2
3	Không biết	9
B9	Anh/chị đã bao giờ gửi mẫu bệnh phẩm tới phòng xét nghiệm mà không có phiếu điều tra trường hợp bệnh chưa?	
1	Có	1
2	Không	2

B10	Anh/chị hãy cho biết, môi trường tốt nhất khi lấy phân xét nghiệm bệnh tả là? (Đọc đáp án)	
1	BGB	2
2	Peptone kiềm	1
3	Nước muối sinh lý	2
4	Không biết	9
B11	Theo anh/chị, khi vận chuyển mẫu bệnh phẩm xét nghiệm vi khuẩn tả, có cần phải bảo quản lạnh không?	
1	Có	2
2	Không	1
3	Không biết	9
B12	Anh/chị hãy cho biết, để xét nghiệm phân lập vi rút Dengue, cần lấy mẫu máu trong thời gian nào? (Không đọc đáp án)	
1	Trong vòng 5 ngày kể từ khi phát bệnh	1
2	Sau 5 ngày kể từ khi phát bệnh	2
3	Không biết	9
B13	Theo anh/chị, khi chẩn đoán bệnh nhân SXHD sử dụng kỹ thuật MAC-ELISA nhằm phát hiện? (Đọc đáp án)	
1	Kháng nguyên vi rút Dengue	2
2	Kháng thể IgM kháng Vi rút Dengue	1
3	Kháng thể IgG kháng Vi rút Dengue	2
4	Không biết	9
B14	Hiện nay, anh/chị đang sử dụng những kỹ thuật nào để chẩn đoán trường hợp bệnh truyền nhiễm? (Đọc đáp án)	
1	Soi tươi/ Nhuộm gram	1
2	Nuôi cấy phân lập vi khuẩn	2
3	Nuôi cấy phân lập vi rút	3
4	Kỹ thuật phát hiện kháng nguyên, kháng thể (ELISA)	4
5	Kỹ thuật sinh học phân tử (PCR)	5
6	Khác:.....	6
7	Không thực hiện kỹ thuật nào	7
B15	Anh/chị đã từng tham gia vào công tác lấy mẫu bệnh phẩm hoặc tiến hành xét nghiệm bệnh truyền nhiễm bao giờ chưa?	
1	Có	1
2	Không → Chuyển B17	2
B16	Nếu có, anh chị tham gia vào những công việc gì?	
1	Lấy mẫu bệnh phẩm	1
2	Thực hiện xét nghiệm	2
3	Vận chuyển mẫu bệnh phẩm lên tuyến trên	3
4	Khác:.....	4

		
B17	Hiện nay tại đơn vị, anh/chị thực hiện xét nghiệm được những bệnh truyền nhiễm nào?	
1	Tả	1
2	Lỵ	2
3	Thương hàn	3
4	Sởi	4
5	Sốt xuất huyết Dengue	5
6	Viêm gan B	6
7	HIV	7
8	Viêm não Nhật Bản B	8
9	Khác:	9
10	Không thực hiện → <i>Chuyển B18</i>	10
B18	Nếu không, tại sao? (Đọc các lựa chọn)	
1	Thiếu kỹ năng/Năng lực/Chưa được tập huấn	1
2	Thiếu trang thiết bị, sinh phẩm, hoá chất xét nghiệm	2
3	Không có kinh phí	3
4	Không có trường hợp bệnh truyền nhiễm nào tại địa bàn/đơn vị công tác	4
5	Không được phân công	5
B19	Hiện nay, anh/chị có lưu kết quả xét nghiệm không?	
1	Có	1
2	Không → <i>Chuyển B22</i>	2
B20	Nếu có, thời gian lưu là bao lâu?	
1	Trên 5 năm	1
2	Dưới 5 năm	2
B21	Anh/chị thường lưu kết quả xét nghiệm bằng hình thức nào?	
1	Sổ sách	1
2	Máy tính	2
3	Cả hai	3
B22	Anh/chị có có phải phân tích số liệu/kết quả xét nghiệm để báo cáo không?	
1	Có → <i>Chuyển B23</i>	1
2	Không → <i>Chuyển B24</i>	2
B23	Nếu có, anh/chị sử dụng hình thức gì để phân tích	
1	Sử dụng máy tính cầm tay	1
2	Excel	2
3	Phần mềm thống kê	3
4	Khác:.....	4

B24	Anh/chị có nghe nói đến thuật ngữ “an toàn sinh học phòng thí nghiệm” bao giờ chưa?	
1	Có	1
2	Không biết → <i>Chuyển B26</i>	2
B25	Nếu có, theo anh chị, hiện nay người ta chia ra mấy cấp độ an toàn sinh học?	
1	Một	2
2	Hai	2
3	Ba	2
4	Bốn	1
5	Không biết	2
B26	Anh/chị có bao giờ vào phòng thí nghiệm làm việc mà không mặc bảo hộ lao động như áo blu, khẩu trang không?	
1	Không	1
2	Có	2
B27	Anh/chị đã bao giờ lấy mẫu hoặc làm xét nghiệm mà không sử dụng găng tay y tế chưa?	
1	Không	1
2	Có	2
B28	Anh/chị đã bao giờ sử dụng miệng để hút pipet chưa?	
1	Không	1
2	Có	2
B29	Anh/chị đã bao giờ được tham dự lớp tập huấn về an toàn sinh học phòng thí nghiệm hoặc xét nghiệm bệnh truyền nhiễm chưa?	
1	Rồi	1
2	Chưa	2
B30	Nếu có, anh/chị tham gia lớp tập huấn do đơn vị nào tổ chức?	
1	Trung ương	1
2	Thành phố	2
3	Quận huyện	3
4	Khác	4
B31	Thời gian tập huấn bao lâu?	
1	ngày	
2	tuần	
B32	Anh/chị có nhu cầu được đào tạo về an toàn sinh học phòng thí nghiệm và xét nghiệm bệnh truyền nhiễm không?	
1	Có	1
2	Không	2

C. Thái độ của nhân viên y tế với hoạt động giám sát bệnh truyền nhiễm
(Người được phỏng vấn đọc và tự điền)

STT	Quan điểm	Rất không đồng ý (1)	Không đồng ý (2)	Không quan tâm/ Không trả lời (3)	Đồng ý (4)	Rất đồng ý (5)
C1	Nhân viên xét nghiệm bệnh truyền nhiễm không cần phải biết định nghĩa trường hợp bệnh vì việc xác định trường hợp bệnh đã có các bác sĩ phụ trách giám sát dịch tễ.					
C2	Phải có kết quả xét nghiệm dương tính mới có thể khẳng định trường hợp bệnh/vụ dịch truyền nhiễm.					
C3	Việc lấy mẫu xét nghiệm các bệnh truyền nhiễm là việc của đơn vị y tế dự phòng tuyến tỉnh. Các đơn vị y tế khác chỉ có nhiệm vụ báo cáo trường hợp bệnh.					
C4	Không cần thiết phải gửi bệnh phẩm đến phòng thí nghiệm sớm vì nếu bảo quản bệnh phẩm đúng cách, có thể giữ được bệnh phẩm được rất lâu.					
C5	Nhân viên xét nghiệm khi thao tác, tiếp xúc với các tác nhân gây bệnh ít có nguy cơ lây nhiễm cho cá thể và cộng đồng có thể không cần thiết phải sử dụng bảo hộ lao động như khẩu trang, áo blu...					
C6	Hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm như hiện nay là phù hợp và không cần thay đổi.					

Bài tập kỹ năng: (Người được phỏng vấn tự điền)

Tình huống 1: Có trường hợp đén cơ sở anh/chị khám bệnh trong tình trạng tiêu chảy liên tục rất nhiều lần. Phân toàn nước, màu trắng lơ đục như nước vo gạo, không có nhầy máu.

1. Với trường hợp như trên, anh/chị nghĩ đến bệnh/hội chứng gì?
-
2. Khi có trường hợp bệnh nghi ngờ như trên, anh/chị phải chuẩn bị những dụng cụ, môi trường gì để lấy mẫu xét nghiệm?
-
-
3. Anh/chị phải lấy những mẫu nào?
-
-
4. Anh/chị bảo quản mẫu ở điều kiện như thế nào nếu không gửi được ngay về phòng thí nghiệm?
-
-

Tình huống 2: Một bệnh nhân có các triệu chứng như sốt cao đột ngột đã được 3 ngày, đau người, chán ăn, mệt mỏi, dấu hiệu dây thất dương tính.

1. Trong tình huống trên, anh/chị nghĩ đến bệnh/hội chứng nào?
-
2. Anh/chị sẽ lấy bệnh phẩm gì trong tình huống trên
-
3. Anh/chị phải chuẩn bị những dụng cụ gì để lấy mẫu?
-
-
4. Anh/chị sẽ lấy những mẫu bệnh phẩm nào, và để làm những xét nghiệm gì?
-
-
5. Anh/chị bảo quản mẫu như thế nào nếu không gửi được ngay lên tuyến trên làm xét nghiệm?
-

**Phụ lục 3. MẪU PHIẾU HƯỚNG DẪN PHỎNG
VẤN SÂU VÀ THẢO LUẬN NHÓM**

MẪU 13 - PHIẾU PHÒNG VẤN SÂU VÀ THẢO LUẬN NHÓM

MẪU PVS 1: PHÒNG VẤN SÂU LÃNH ĐẠO TTYT QUẬN

- 1. Anh/chị hãy cho biết tình hình bệnh truyền nhiễm tại địa bàn trong những năm qua như thế nào?**
 - Các loại dịch bệnh
 - Tình hình bệnh SXHD
 - Tình hình bệnh tả
- 2. Anh/chị hãy cho biết HTGS hiện nay tại địa phương đang tổ chức như thế nào?**
 - Các văn bản hướng dẫn
 - Tổ chức giám sát chủ động
 - Điểm giám sát
 - Phát hiện trường hợp bệnh, báo cáo dịch như thế nào
 - Thu thập và phân tích dữ liệu
 - Hoạt động xét nghiệm phục vụ giám sát và đáp ứng nhanh
 - Hiệu quả hoạt động của đội cộng đồng phòng chống dịch trong đáp ứng nhanh với bệnh truyền nhiễm
- 3. Theo anh/chị nguồn lực cho việc tổ chức HTGS hiện nay tại địa phương như thế nào?**
 - Tình hình nhân lực: Thành phố, quận huyện, xã phường
 - Năng lực cán bộ: Thành phố, quận huyện, xã phường
 - Trang thiết bị: các tuyến
 - Kinh phí cho hoạt động giám sát, chống dịch
- 4. Anh/chị cho biết những thuận lợi và khó khăn trong phối hợp với các đơn vị liên quan trong tổ chức giám sát dịch?**
 - Với các BV, cơ sở điều trị
 - Với các ngành liên quan: thú y, giáo dục
 - Các ban ngành đoàn thể khác
- 5. Những thuận lợi, khó khăn gì trong việc chỉ đạo tuyến dưới trong tổ chức giám sát, chống dịch?**
- 6. Công tác đào tạo tập huấn cho tuyến dưới hiện nay như thế nào?**
 - Thuận lợi

- Khó khăn

7. Anh/chị có đề xuất gì trong việc nâng cao chất lượng HTGS BTN trên địa bàn?
8. Theo Anh/chị để xây dựng hệ thống phát hiện sớm, đáp ứng kịp thời với BTN trên địa bàn cần phải làm những công việc gì?

MẪU PVS 2: PHÒNG VẤN SÂU LÃNH ĐẠO BỆNH VIỆN/PHỤ TRÁCH PHÒNG KHÁM ĐA KHOA

- 1. Anh/chị hãy cho biết tình hình bệnh nhân mắc BTN đến điều trị tại BV hoặc đến khám, tư vấn tại các PKĐK trong năm qua thế nào?**
 - Các loại bệnh
 - Tình hình bệnh nhân mắc SXHD
 - Tình hình bệnh nhân mắc tả
- 2. Anh/chị hãy cho biết hiện nay BV/PKĐK đang phối hợp với các đơn vị dự phòng tổ chức giám sát BTN như thế nào?**
 - Các văn bản hướng dẫn
 - Phát hiện trường hợp bệnh, báo cáo dịch như thế nào
 - Thu thập và phân tích dữ liệu
 - Hoạt động xét nghiệm phục vụ chẩn đoán BTN
- 3. Theo anh/chị bố trí nguồn lực cho việc tổ chức giám sát, báo cáo BTN theo quy định như thế nào?**
 - Bố trí nhân lực
 - Trang thiết bị:
 - Kinh phí cho hoạt động giám sát
- 4. Anh/chị cho biết những thuận lợi và khó khăn trong phối hợp với các đơn vị liên quan trong giám sát, báo cáo BTN?**
 - Thuận lợi
 - Khó khăn
- 5. Những thuận lợi, khó khăn gì giám sát, báo cáo BTN tại BV/PKĐK?**
- 6. Công tác đào tạo tập huấn về giám sát, thông tin, báo cáo BTN của đơn vị như thế nào?**
 - Thuận lợi
 - Khó khăn
- 7. Anh/chị có đề xuất gì trong việc nâng cao chất lượng HTGS BTN hiện nay?**
- 8. Theo Anh/chị để xây dựng hệ thống phát hiện sớm, đáp ứng kịp thời với BTN cần phải làm những công việc gì?**

HƯỚNG DẪN THẢO LUẬN NHÓM TRỌNG TÂM

Lãnh đạo Trạm Y tế của 21 phường, quận Đống Đa, thành phố Hà Nội

1. Mục tiêu thảo luận:

Qua thảo luận nhóm với Lãnh đạo các Trạm Y tế phường có khả năng mô tả phân tích sâu và bổ sung cho các vấn đề của nghiên cứu định lượng đề ra:

- Thực trạng hệ thống giám sát các bệnh truyền nhiễm gây dịch tại địa phương do mình quản lý, đưa ra các nhận xét về hoạt động của hệ thống phòng chống dịch bệnh.

- Các lý do khách quan, chủ quan ảnh hưởng trực tiếp đến công tác giám sát, phòng chống dịch bệnh tại địa phương.

- Đề xuất, kiến nghị về mục tiêu, phương pháp hoạt động, chế độ chính sách, năng lực hoạt động của hệ thống giám sát các bệnh truyền nhiễm trực thuộc TTYT các quận/ huyện

2. Phương pháp thảo luận: Thảo luận theo chủ đề

- Nghiên cứu viên là người chủ trì thảo luận

- Công cụ hỗ trợ: Máy ghi âm, máy ảnh, giấy bút ghi chép...

3. Đối tượng thảo luận:

Toàn bộ lãnh đạo Trạm Y tế của 21 phường thuộc quận Đống Đa, thành phố Hà Nội.

4. Thời gian thảo luận: 1 buổi làm việc (4 giờ làm việc)

5. Địa điểm: Tại hội trường Trung tâm Y tế quận.

6. Tổ chức thực hiện:

- Giới thiệu nhóm nghiên cứu.

- Giải thích về việc tham gia vào một nghiên cứu đánh giá thực trạng hệ thống giám sát các bệnh truyền nhiễm gây dịch trên địa bàn thành phố. Nhấn mạnh tầm quan trọng về các ý kiến của các anh chị trong việc tham gia vào nghiên cứu. Nói rõ thời gian thảo luận nhóm kéo dài khoảng 150 phút.

- Giải thích vai trò của nhóm nghiên cứu (người hướng dẫn thảo luận và người ghi chép, thu âm...).

- Giải thích toàn bộ câu trả lời và tiêu chí cần đạt được, nêu rõ các biện pháp đảm bảo tính đạo đức của nghiên cứu, tên của các anh, chị sẽ được giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, sẽ không có bất cứ đánh giá nào về ý kiến của các anh, chị.

- Thông báo với các anh, chị cuộc thảo luận nhóm sẽ được ghi âm để đảm bảo không bị sót một thông tin nào.

- Giải thích một số quy ước chung:

- + Chỉ có một người nói và cả nhóm sẽ lắng nghe.

- + Cố gắng để mọi người đều có cơ hội phát biểu.

- + Đề xuất với tất cả các cán bộ tham gia thảo luận rằng chúng tôi rất muốn nghe ý kiến của mọi người và tất cả những điều gì họ muốn nói đều rất quan trọng.

- + Trước khi kết thúc hỏi lại xem các anh, chị tham gia xem còn ý kiến nào không.

- + Nói với các anh chị tham gia rằng bạn muốn bắt đầu cuộc thảo luận nếu như mọi người đã sẵn sàng.

7. Nội dung thảo luận:

- Thực trạng hệ thống giám sát các bệnh truyền nhiễm gây dịch tại quận và tại địa bàn do mình phụ trách.

- Các khó khăn tồn tại, các lý do, nguyên nhân chính, (các khó khăn về nguồn lực, cơ sở vật chất, kinh phí cho hệ thống giám sát, kinh phí các chương trình, sự lồng ghép các chương trình y tế...) đề xuất các phương hướng giải quyết, chia sẻ các kinh nghiệm trong lĩnh vực giám sát BTN.

- Đánh giá về nguồn lực đầu tư cho hệ thống GSBTN tại địa phương, sự phối kết hợp với chính quyền, hệ điều trị, các ban ngành liên quan,.. (sự quan tâm ủng hộ của chính quyền, phối hợp hiệu quả ...) đưa ra các nhận xét về năng lực lãnh đạo, điều hành của cán bộ, về sự chỉ đạo, giúp đỡ của tuyến trên đối với công tác YTDP nói chung và hệ thống GSBTN nói riêng.

- Đưa ra các nhận xét, quan điểm, thái độ về hệ thống GSBTN hiện nay (hệ thống sổ sách báo cáo, nhân lực, đào tạo, dịch vụ, cách thức vận hành, sự chỉ đạo và phối kết hợp,...), việc vận hành và sử dụng có đáp ứng được các mục tiêu và yêu cầu đặt ra không, những khó khăn trong công tác quản lý và thực hiện các nhiệm vụ.

- Đánh giá hiệu quả công tác giám sát các bệnh truyền nhiễm, chế độ báo cáo dịch, xử lý dịch khi dịch xảy ra trên địa bàn,.. (các kỹ năng làm việc cũng như tinh thần thái độ của CB y tế trong đáp ứng phòng chống dịch...). Đánh giá môi trường làm việc của hệ thống YTDP.

- Đi sâu vào một số dịch bệnh hiện đang nổi cộm trên địa bàn quận và của thành phố Hà Nội (dịch tay chân miệng, sốt xuất huyết...)

- Đưa ra các giải pháp chính nhằm nâng cao hiệu quả công tác giám sát, phòng chống các bệnh truyền nhiễm trên địa phương mình.

8. Một số câu hỏi gợi mở:

- Anh, chị hãy nhận xét về hiệu quả của hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm đang được triển khai tại địa phương.?

- Anh, chị hãy đánh giá những mặt mạnh và mặt yếu của? Những khó khăn tồn tại của hệ thống giám sát? Anh, chị hãy nêu những nguyên nhân chủ quan và khách quan chính và hãy đề xuất cách giải quyết những khó khăn, tồn tại đó?

- Theo anh/ chị để thực hiện tốt công tác GSBTN, hệ thống GSBTN hiện nay cần bổ sung những vấn đề gì? Những nội dung gì các anh, chị có thể giải quyết ngay tại địa phương, những vấn đề gì cần có sự hỗ trợ từ cấp trên, những vấn đề mà cần sự hỗ trợ của chính quyền, các ban ngành tại địa phương...?