Hộp 1-Trung tâm RTCCD

- *Thành lập 5/1996.*
- *35 nhân viên, 12 nghiên cứu viên (3 tiến sĩ, 2 nghiên cứu sinh hệ tiến sĩ, 7 thạc sĩ, thuộc các chuyên ngành xã hội học, kinh tế học, thống kê, dịch tễ học, y tế công cộng, tâm lý lâm sàng, tâm thần học, dinh dưỡng học, nhi khoa, đạo lý trong nghiên cứu) và 4 bác sĩ thực hành y học dự phòng và y học lâm sàng chuyên khoa cấp I và II.*
- *Đã thực hiện 52 nghiên cứu, 17 dự án can thiệp cộng đồng, thiết kế và tổ chức 60 khóa đào tạo ngắn ngày liên quan đến phát triển hệ thống y tế, và viết trên 100 báo cáo, bài báo khoa học, bài phản biện chính sách, trong lĩnh vực y tế, xã hội và phát triển cộng đồng*
- *Hiện đang triển khai nghiên cứu đánh giá tính hiệu quả của hệ thống y tế, và thực hiện thí điểm mô hình đổi mới cấu trúc hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm trí định hướng cộng đồng ở một số tỉnh của Việt Nam*
- *Tổ chức nghiên cứu độc lập đi đầu trong lĩnh vực vận động chính sách y tế theo mục tiêu công bằng, hiệu quả, phát triển bền vững của VUSTA; thành viên của bốn mạng lưới nghiên cứu phát triển & hợp tác dài hạn với năm trường đại hoc, viện nghiên cứu quốc tế.*

Vận động chính sách y tế ở Việt Nam qua hoạt động của một trung tâm thuộc VUSTA:

NGHIÊN CỨU TRƯỜNG HỢP PHỤC VỤ PHÁT TRIỂN THINK TANK Ở VIỆT NAM

BS.TS. Trần Tuấn
Thành viên ban nghiên cứu Think Tank VUSTA

Chính sách y tế là nền tảng cho một nền y tế khỏe mạnh và hiệu quả. Còn nhiều việc cần làm với chính sách y tế Việt Nam hiện nay như xác định lại mục tiêu và phương hướng nền y tế; bổ sung các chính sách, luật định còn thiếu; cơ cấu lại hệ thống cung cấp, quản lý và giám sát dịch vụ; "trám" và "chỉnh" lại những sách luật đã ban hành. Đây là những công việc nhất thiết phải thực hiện để ngày một hoàn thiện nền y tế Việt Nam theo hướng đảm bảo các nguyên tắc minh bạch, công bằng, thiết thực và toàn diện trong chăm sóc sức khỏe nhân dân.

Trung tâm Nghiên cứu và Đào tạo Phát triển Cộng đồng (RTCCD) thuộc Liên Hiệp các Hội Khoa Học và Kỹ Thuật Việt Nam (VUSTA) kể từ khi thành lập đến nay đã thực hiện nhiều nghiên cứu cung cấp bằng chứng khoa học về chất lượng của hệ thống y tế hiện tại, thực hiện nhiều hoạt động can thiệp trên thực địa cải thiện hệ thống dịch vụ, tham gia trình bày tại nhiều hội thảo khoa học và truyền thông báo chí về phản biện chính sách y tế Việt Nam (Hộp 1- RTCCD, 15 năm hình thành và phát triển).

Trong khuôn khổ nghiên cứu về *Think Tank và chiến lược phát triển think tank của VUSTA*, chúng ta đương đầu với nhiều câu hỏi nghiên cứu đặt ra, cả về mặt học thuật mang tính quốc tế và thực tế cho Việt Nam. Bài viết của các thành viên khác trong ban nghiên cứu Think Tank VUSTA đã làm sáng tỏ khái niệm think tank hiện đang được quốc tế chấp nhận và sự vận dụng vào hoàn cảnh Việt Nam, đồng thời chỉ ra kinh nghiệm của các nước khác trong lĩnh vực phát triển tổ chức Think Tank gắn với mục tiêu phát triển đất nước. Bài viết này tập trung sang khía cạnh mới, bằng cách chọn một lĩnh vực có nhu cầu đổi mới chính sách hiện trở thành điểm nóng trong xã hội Việt Nam: **lĩnh vực y tế**, và chọn một tổ chức của VUSTA: trung tâm RTCCD, phân tích hoạt động của tổ chức trong lĩnh vực này để chỉ ra: (1) chính sách phát triển y tế của Việt Nam có thực sự bị tác động bởi hoạt động của một tổ chức nghiên cứu độc lập thuộc VUSTA; (2) tác động đó đi theo hướng nào, phục vụ lợi ích của ai? và (3) từ những bằng chứng đó, phân tích rút ra bài học thành công/ thất bại, tạo đầu vào cho sự hình thành chiến lược phát triển Think Tank ở Việt Nam trong thời gian tới.

1. RTCCD và nghiên cứu hệ thống y tế Việt Nam

Khi đất nước chuyển đổi sang nền kinh tế thị trường, nền y tế Việt Nam đứng trước thách thức đổi mới hệ thống cho phù hợp với định hướng mới. Là một tổ chức sớm ra đời với tầm nhìn nghiên cứu và đào tạo phát triển cộng đồng, RTCCD đã bắt nhịp nhanh chóng đáp ứng nhu cầu của Bộ Y Tế và các tổ chức quốc tế cần có các nghiên cứu định hướng hành động cho các dự án

can thiệp. Bảng 1 thống kê 21 nghiên cứu tiêu biểu đánh giá hệ thống y tế và chiến lược can thiệp cải thiện hệ thống y tế do RTCCD thực hiện

Bảng 1- RTCCD và 21 nghiên cứu chính định hướng chính sách đổi mới hệ thống y tế ở Việt Nam

Vấn đề nghiên cứu (năm)	*Mục tiêu & năm thực hiện*	*Đặt hàng & tài trợ bởi*
Điều tra cơ bản hệ thống y tế các tỉnh: 1. Thái Bình-Bình Thuận-An Giang (1999-2000); 2. Hưng Yên (2000-2001)	Cung cấp bằng chứng thực tế làm cơ sở phát triển dự án can thiệp đổi mới hệ thống y tế tỉnh theo định hướng công bằng và hiệu quả khi đất nước chuyển sang nền kinh tế thị trường	Chương trình hợp tác y tế Bộ Y Tế-EU (1998-2004); Bô Y Tế-chính phủ Lugxembourg (2000-2005)
Nghiên cứu các chiến lược can thiệp giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em: 3. Nghiên cứu LINKAGES (1998-2000); 4. Đánh giá mô hình can thiệp cộng đồng của SCF-Japan (2000-2002)	Đánh giá hiệu quả mô hình can thiệp chống suy dinh dưỡng theo thuyết học tập điển hình tích cực dựa vào cộng đồng	• SCF-US; kinh phí US-AID (1998-2000) • SCF-Japan (2000-2002)
Nghiên cứu phòng chống thiếu vi chất ở phụ nữ, trẻ em và chính sách nuôi con bằng sữa mẹ: 5. Can thiệp bổ cung vitamin A cho đối tượng có nguy cơ tại Lạng Sơn và Ninh Thuận (1998-2000) 6. Xác định giá thành-hiệu quả phương thức can thiệp cộng đồng bổ xung viên sắt và vitamin A trong phòng và điều trị thiếu máu và thiếu vitamin A ở phụ nữ và trẻ em (1999-2001) 7. Xác định hiệu quả các chiến lược can thiệp khác nhau trong uống viên sắt phòng chống thiếu máu ở phụ nữ có thai và trẻ em (2008-2012) 8. Can thiệp phòng chống thiếu vi chất qua mô hình giáo dục dinh dưỡng giảm nghèo cho trẻ gái vị thành niên và cặp vợ chồng mới cưới (2008-2009) 9. Đánh giá thực thi chính sách nuôi con bằng sữa mẹ tại Việt Nam (2010)	• Cung cấp bằng chứng khoa học bổ sung Vitamin A và viên sắt bằng đường uống qua thiết kế can thiệp cộng đồng có đối chứng so sánh ngẫu nhiên • Chọn lựa phương án hiệu quả trong triển khai bổ sung viên sắt phòng chống thiếu máu ở phụ nữ và trẻ em các nước đang phát triển; • Xác định mô hình lồng ghép dự phòng thiếu hụt vi chất, kiểm soát ngộ độc thực phẩm và các bệnh liên quan đến ăn uống (tiểu đường, béo phì, cao huyết áp). • Nhận biết các trở ngại từ môi trường quản lý và thị trường tiêu thụ trong thúc đẩy nuôi con bằng sữa mẹ	• Tổ chức MI và chương trình phòng chống thiếu hụt vi chất quốc tế; kinh phí từ CIDA-Canada (1998-2001) • Đại học Melbourne; Kinh phí từ hội đồng quốc gia về nghiên cứu y học và sức khỏe, Australia (2008-2012); • Chương trình dinh dưỡng quốc gia-Viện Dinh Dưỡng; tài trợ bởi đại sứ quán Hà Lan (2008-09). • Alive & Thrives (tài trợ quỹ Bill and Melinda Gates Foundation (2010)

Đánh giá năng lực nghiên cứu chinh sách của Bộ Y Tế và dự luật khám chữa bệnh do Bộ Y Tế đưa ra: 10. Chất lượng các nghiên cứu định hướng chính sách y tế do Bộ Y Tế và các cơ quan trực thuộc thực hiện giai đoạn 2000-2004 (2006) 11. Phân tích dự luật khám chữa bệnh phiên bản lần thứ 15 qua các bằng chứng nghiên cứu từ phía người sử dụng dịch vụ y tế (2008-09)	• Rút ra bài học tăng cường năng lực nghiên cứu chính sách y tế của Bộ Y Tế trong khuôn khổ chương trình hợp tác y tế Việt Nam-Thụy Điển • Điều chỉnh luật khám chữa bệnh do Bộ Y Tế đề xuất theo hướng bảo vệ người sử dụng dịch vụ tránh bị lạm dụng do đặc thù loại hình dịch vụ y tế	• Chương trình hợp tác y tế Việt Nam-Thụy Điển (Bộ Y Tế); Kinh phí Sida (2006). • Chương trình hợp tác Ủy ban các vấn đề xã hội của quốc hội-VUSTA; kinh phí UNDP (2008-09)
Đánh giá tính công bằng và hiệu quả của hệ thống y tế Việt Nam: 12. Tác động của hệ thống dịch vụ y tế giai đoạn 1990-2005 tới phân bố giàu nghèo ở Việt Nam (2006-07) 13. Đánh giá chính sách 139 hỗ trợ người nghèo tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế (2006-07) 14. Nghiên cứu chi phí không chính thức trong tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế công:: *Phong bì trong y tế; (2010-11)* ; chi phí không chính thức ảnh hưởng đến hiệu quả của hệ thống y tế: 2013-2015	• Xác đinh chỉ số CATA (chi tiêu thảm họa trong sử dụng dịch vụ y tế) và IMPOOR (rơi vào nghèo đói do chi phí y tế) phân bố theo thời gian, qua phân tích các bộ số liệu điều tra mức sống dân cư 1992-93; 1997-98; 2003-04 và điều tra y tế quốc gia 2002. • Xác định bằng chứng khoa học và thực tế phục vụ hoàn thiện chính sách hỗ trợ người nghèo tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế • Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến định chất lượng của dịch vụ y tế công và tính hiệu quả của hệ thống	• Ban Khoa Giáo Trung Ương (nay là Ban Tuyên Giáo Trung Ương); Kinh phí WHO (2006-07). • Ban Khoa Giáo Trung Ương; kinh phí Bộ Khoa học Công nghệ Môi trường (2006); • Tổ chức minh bạch quốc tế-Ủy ban chống tham nhũng quốc gia (2010-2011); • DFID (đang đề xuất)
Nghiên cứu bằng chứng dịch tễ học về vấn đề rối nhiễu tâm trí ở Việt Nam: 15. Tỷ lệ rối nhiễu tâm trí ở bà mẹ và trẻ em tại năm tỉnh dự án Young Lives (2001-02); 16. Gánh nặng rối nhiễu tâm trí trong dân chúng Đà Nẵng, Khánh Hòa (2006-07) 17. Rối nhiễu tâm trí ở bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS, Quảng NInh (2009-10) 18. Rối nhiễu tâm trí ở mẹ thời kỳ chu sinh và ảnh hưởng đến sức	• Xác định gánh nặng rối nhiễu trí trong các nhóm đối tượng nằm ngoài can thiệp của hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm trí hiện hành. • Xác định bằng chứng dịch tễ học phục vụ hình thành chính sách can thiệp phòng chống rối nhiễu tâm trí cho phụ nữ thời gian mang thai	• Dự án Young Lives tại Việt Nam (DFID); • Dự án phát triển hệ thống CSSKTT dựa vào cộng đồng tại Đà Nẵng-Khánh Hòa (AP/VVAF); • Nghiên cứu đánh giá can thiệp chăm sóc giảm nhẹ tại Quảng Ninh, FHI 360 (kinh phí USAID); • Dự án hợp tác Đại học Melbourne-RTCCD; kinh phí Hội Đồng

khỏe và phát triển của con (2008-2010)		Nghiên Cứu Australia (ARC)
Nghiên cứu đánh giá hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm trí: 19. Đánh giá mô hình tâm thần cộng đồng của Bộ Y Tế (2007-08); 20. Đánh giá hệ thống bảo trợ xã hội cho người tâm thần do Bộ LĐTBXH quản lý (2010-11) 21. Đánh giá các mô hình CSSKTT do các tổ chức phí chính phủ triển khai (2011) 22. Xây dựng mô hình điểm phòng chống rối nhiễu tâm trí tuyến huyện (2012-15)	• Phân tích tính khoa học, giá thành, hiệu quả của mô hình; khuyến cáo điều chỉnh mô hình. • Xác định các bằng chứng thực tế phục vụ tạo lập chính sách đổi mới hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm trí dựa vào cộng đồng • Xác định mô hình phù hợp và vai trò của NGOs trong hệ thống CSSKTT; • Xác định bằng chứng mô hình CSSKTT dựa vào cộng đồng ở phạm vị huyện phục vụ đề án 32 &1215	• Bộ Y Tế- Tổ chức y tế thế giới (WHO) (2007-08) • Bộ LĐTBXH; kinh phí WHO (2010-11) • Bộ LĐTBXH; kinh phí UNICEF (2011). • Đề án 1215 (Bộ LĐTBXH) & kinh phí nghiên cứu khoa học của tỉnh Quảng Ninh (2012-15)

Ba điểm nổi lên trong bảng liệt kê các nghiên cứu đã được thực hiện nêu trên

- Thứ nhất, các nghiên cứu trải rộng từ đánh giá tổng thể hệ thống ở cấp quốc gia (các nghiên cứu số 12, 13,14, 19, 20), cấp tính (các nghiên cứu số 1,2), đến việc hình thành luật, chính sách (các nghiên cứu số 5, 6, 7, 11, 19, 20, 21,22) hoặc thực thi chính sách với các chiến lược cụ thể, các mô hình cụ thể (chiến lược phòng chống suy dinh dưỡng, thiếu vi chất, nuôi con sữa mẹ, mô hình bổ sung vitamin A, viên sắt tại cộng đồng, mô hình tâm thần cộng đồng, mô hình lồng ghép phòng chống thiếu hụt vi chất và các bệnh liên quan đến ăn uống..), và cả các nghiên cứu cơ bản cho công tác phòng chống bệnh và y tế công công (nghiên cứu số 15, 16, 17, 18)
- Thứ hai, có sự đa dạng khi xét đến các cơ sở đặt hàng nghiên cứu. Không chỉ các cơ quan vận hành công tác chăm sóc sức khỏe của chính phủ như bộ Y Tế, bộ LĐTBXH… mà có cả Quốc Hôi và cơ quan Đảng. Về phía quốc tế, có các tổ chức viện trợ song phương (Sida Thụy Điển, Lux-Devlopment, Cida Canada, DFID..), đa phương (EU, UNICEF, WHO, UNDP..) các tổ chức phi chính phủ (MI, AP, VVAF, FHI, …), các trường đại học quốc tế (đại học Melbourne, đại học Emory, liên minh các trường đại học của Anh..).
- Thứ ba, các nghiên cứu đều nhắm vào mục tiêu hướng đến can thiệp hành động cho một nền y tế dự phòng, công bằng và hiệu quả cho Việt Nam - *các nghiên cứu định hướng chính sách và định hướng hành động*.

Với ba đặc điểm này, có thể nói, RTCCD là một cơ sở chuyên sâu về thực hiện các nghiên cứu định hướng chính sách y tế ở Việt Nam.

2. Từ nghiên cứu đến tác động chính sách

Tuy nhiên, nếu chỉ dừng ở việc thực hiện các nghiên cứu theo đơn đặt hàng, và trả hàng bằng các báo cáo nghiên cứu, thì chưa thể xem RTCCD là một Think Tank, cho dù các báo cáo nghiên cứu được thực hiện một cách khoa học, đưa lại những bằng chứng mạnh và khuyến cáo có tính thuyết phục cao. Trong hệ thống của VUSTA, với không dưới trăm tổ chức độc lập đăng ký làm về phát triển cộng đồng, chắc chắn không thiếu trong số đó nhiều tổ chức có thực hiện các hợp đồng nghiên cứu y tế - xã hội như RTCCD. Sự khác biệt khiến RTCCD được chọn vào phân tích phục vụ đề tài tìm hiểu ***Think Tank***

ở Việt Nam nằm ở khả năng quản lý thông tin và chuyển tải thông tin nghiên cứu có được để phục vụ mục tiêu tác động tạo sự thay đổi chính sách trên thực tế. Về mặt này, RTCCD nổi bật lên trong số các tổ chức của VUSTA với những hoạt động phản biện trực tiếp tại các hội nghị, hội thảo chuyên đề chinh sách y tế xã hội, các hoạt động vận động truyền thông đại chúng cả trong và ngoài nước, đi kèm với các bài viết đăng tạp chí chính sách trong nước, các bài báo khoa học xuất bản peer-review quốc tế, và các luận án thạc sĩ, tiến sĩ trong và ngoài nước. Hộp 2 liệt kê các hoạt động quản lý và chuyển tải thông tin tác động chính sách RTCCD thực hiện, tính riêng trong giai đoạn 10 năm trở lại đây.

Hộp 2- RTCCD và tiến trình chuyển tải thông tin tác động chính sách y tế, từ 2005 đến nay

- *20 bài báo viết định hướng tác động chính sách y tế đăng tạp chí và báo trong nước (tạp chí Cộng Sản, tạp chí y học thực hành, tạp chí công tác xã hội, báo VietnamNet, Lao Động, Thanh Niên, Sức Khỏe & Đời Sống, Pháp Luật, Dân trí)*
- *30 bài trả lời phỏng vấn về chính sách y tế trên các phương tiện thông tin đại chúng trong và ngoài nước (BBC, RFI, VTV1, VTV2, O2TV, VTV14, VTV16, Vietnam Net, Sức Khỏe & Đời Sống, Pháp Luật & Đời Sống tp HCM…).*
- *40 bài trình bày tại các hội thảo liên quan đến chính sách y tế - xã hội tổ chức bởi Bộ Y Tế, Bộ LĐTBXH, Quốc Hội , Ban Khoa Giáo Trung Ương, VUSTA, các tổ chức quốc tế như Sida, WHO, UNICEF, UNDP.*
- *10 hội thảo định hướng chính sách y tế do RTCCD tự tổ chức hoặc phối hợp với các đối tác trong nước (Trung ương, địa phương) và quốc tế tổ chức*
- *10 bài báo đăng tạp chí quốc tế loại peer review và 3 luận án thạc sĩ và tiến sĩ bảo vệ tại các trường đại học trong nước và quốc tế trực tiếp liên quan đến phát triển chính sách y tế Việt Nam*

Việc (1) RTCCD tổ chức hoặc đồng tổ chức các hội thảo có nội dung định hướng chính sách, (2) tham gia viết bài pbản biện và trình bày tại các hội thảo tổ chức bởi các cơ quan tham gia hoạch định chính sách y tế của Việt Nam (Vụ các vấn đề xã hội, ban Tuyên Giáo Trung Ương; Ủy ban các vấn đề xã hội của Quốc Hôi; Bộ Y Tế; Bộ LĐTBXH; Vụ Quản lý học sinh-sinh viên Bộ Giáo Dục; VUSTA) hoặc các tổ chức quốc tế (WHO, UNICEF, UNFPA, UNDP, Sida Thụy Điển…) và (3) trở thành một cơ quan thường xuyên xuất hiện trên phương tiện thông tin đại chúng trong nước và cả quốc tế để thể hiện quan điểm riêng của một cơ quan nghiên cứu độc lập chuyên về một số vấn đề nóng trong y tế, là bằng chứng cho thấy RTCCD có chủ định tác động một cách hệ thống thay đổi chính sách y tế của Việt Nam.

Như vậy, qua thông tin từ hai phần (1) và (2), có thể nhận định, RTCCD là một tổ chức hội tụ được các yêu cầu cơ bản của định nghĩa Think Tank[1]*:*

- là tổ chức nghiên cứu độc lập
- thực hiện các nghiên cứu liên quan đến vấn đề xã hội hiện tại quan tâm và cần giải quyết
- phát triển các khuyến cáo định hướng chính sách với bằng chứng nghiên cứu do chính tổ chức mình thực hiện và,
- thực hiện sự chuyển tải các khuyến cáo đó đến các cơ quan tham gia hoạch định chính sách một cách liên tục, có hệ thống, với nhiều hình thức khác nhau.

Như thế, có thể xem RTCCD là một Think Tank ở Việt Nam hoạt động trong lĩnh vực y tế.

[1] Tham khảo định nghĩa Think Tank tổng hợp từ các tài liệu (1)- *VUSTA Think Tank Research: General Ideas (Chapter 1).* VUSTA, 2012; (2)- *What is a Think Tank?* by Julie Kibler & Teri Wesson; In: Reseach Brief, 4/2006 The J. McDonald Williams Institute, US. (3)-*Defining "Think Tank", Chapter 1- Introduction: Think Tanks, Policy Advice and Governance*, in Think Tank Across Nations: A comparative Approach by Diane Stone, Andrew Denham and MarkGarnett. Manchester University Press 1998.

3. Hiệu quả hoạt động tác động chính sách y tế của RTCCD giai đoạn 2000-2012

Đã là một Think Tank, thì hiệu quả hoạt động tổ chức phải được đo lường bằng sự *tác động dựa trên bằng chứng khoa học và sự vận động của Think Tank* đó *đến chính sách phát triển của đất nước* thông qua địa chỉ cụ thể (cơ quan hình thành chính sách hoặc cơ quan vận hành triển khai chính sách). Sự *tác động này được thể hiện bằng nhiều hình thức* (bài viết, bài nói, chương trình xuất hiện trên thông tin đại chúng của các thành viên trong tổ chức, hội thảo tổ chức bởi Think Tank hoặc phối hợp với các bên liên quan…), *ở các cấp độ khác nhau* (quốc gia, ngành, địa phương), với *các mục tiêu khác nhau* (hoặc để thực thi tốt hơn chính sách hiện hành, hoặc chỉnh sửa chính sách hiện hành, hoặc phát triển chính sách mới…).

Với RTCCD, câu hỏi đặt ra là: Với các nghiên cứu đã thực hiện cùng các hoạt động vận động chính sách nêu trên, RTCCD đã tạo ra được sự thay đổi cụ thể nào, ở mảng nào trong chính sách phát triển y tế của Việt thời gian vừa qua?

Chúng tôi chọn một lĩnh vực tiêu biểu nhất mà sự thay đổi chính sách diễn ra có thể kết luận chắc chắn là kết quả tác động từ hoạt động nghiên cứu và vận động chính sách của RTCCD: *Chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần[2] ở Việt Nam, giai đoạn 2005-2012.*

Để làm rõ những thay đổi này, trước khi đi vào cụ thể đánh giá tác động của RTCCD, cần làm rõ hai điểm cơ bản làm cơ sở cho sự đánh giá tác động. Đầu tiên, thống nhất định nghĩa thế nào là chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần. Tiếp đến, chính sách đó của Việt Nam (ở vào các thời điểm trước và trong khi có hoạt động nghiên cứu của RTCCD) có điểm gì không phù hợp, căn cứ vào đâu để nói là không phù hợp và cần phải thay đổi? Sự thay đổi này phải được diễn ra bởi ai?

Đã có những nhận xét và đánh giá của cả quốc tế và Việt Nam về vấn đề này. Chúng tôi xin trích ra dưới đây phần phân tích về thực trạng chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần ở Việt Nam lấy từ các nguồn báo cáo của WHO và UNICEF tại Việt Nam:

- Báo cáo các chuyến công tác 12/2007[3] và 7/2009[4], của chuyên gia quốc tế Harry Minas thực hiện theo yêu cầu của WHO Việt Nam liên quan đến khảo sát hệ thống CSSKTT tại Việt Nam
- Nghiên cứu đánh giá mô hình tâm thần cộng đồng do Bộ Y Tế thiết kế và triển khai; mô hình CSSKTT do các tổ chức phi chính phủ triển khai; và đánh giá hệ thống các trung tâm bảo trợ xã hội do Bộ LĐTBXH quản lý. Các nghiên cứu này đều do WHO và UNICEF tài trợ, thực hiện bởi trung tâm RTCCD phối hợp với bệnh viện tâm thần trung ương 1 (Bộ Y Tế) và Cục Bảo Trợ Xã Hội (Bộ LĐTBXH) trong các năm 2007-09; 2010-11.
- Báo cáo hội thảo tập huấn triển khai đề án 1215 và khuyến cáo của nhóm tư vấn kỹ thuật, do Bộ LĐTBXH-UNICEF tổ chức 3/2012[5].

[2] Đã có bài phân tích của RTCCD khuyến cáo nên dùng sức khỏe *tâm trí thay cho sức khỏe tâm thần.* Tuy nhiên, vì bài viết đang đề cập đến tiến trình vận động đổi mới chính sách của RTCCD trong lĩnh vực này, nên chúng tôi vẫn dùng *Sức Khỏe Tâm Thần* trong phần này cho phù hợp với mạch phân tích. Sau khi giới thiệu phần đóng góp của RTCCD khuyến cáo sử dụng sức khỏe tâm trí thay cho sức khỏe tâm thần, lúc ấy, sẽ dùng sức khỏe tâm trí.

[3] Harry Minas (2007). Mission report December 27, 2007. WHO POA Code: WP/2006/VTN/MNH/2.4/001. Original Activity Code: 03.01.01.AW.09.

[4] Cục Bảo Trợ Xã Hội, Bộ LĐTBXH (2009). Tóm tắt khuyến cáo chuyến khảo sát hệ thống trung tâm bảo trợ xã hội dành cho bệnh nhân tâm thần của chuyên gia tổ chức y tế thế giới Harry Minas tại cuộc họp ngày 16/7/2009.

[5] UNICEF-MOLISA-RTCCD (2012). Báo cáo hội thảo tập huấn triển khai đề án 1215 và khuyến cáo của nhóm tư vấn kỹ thuật. Thành phố Vũng Tàu, 27-28/2/2012.

3.1. Định nghĩa chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần[6]

*«Nếu hiểu chính sách quốc gia về chăm sóc sức khỏe tâm thần là tài liệu " **describe the values, and strategies of the goverment to reduce the mental health burden and to improve mental health**[7] **"**, thì cho đến nay, chưa tìm thấy một tài liệu chính thức nào của Bộ Y Tế hoặc Bộ Lao Động Thương Binh Xã Hội được xem là "chính sách quốc gia về CSSKTT". Có thể nhận xét này bị cho là "quá cứng nhắc", bởi ở Việt Nam đã có cả một hệ thống bệnh viện cùng trung tâm bảo trợ xã hội dành cho người bệnh tâm thần và mạng lưới tổ chức tại cồng đồng nhằm phát thuốc và trợ giúp tài chính cho bệnh nhân tâm thần vận hành bởi hai Bộ" Y Tế và LĐTBXH từ nhiều năm nay. Tuy nhiên, Hộp 3 dưới đây nêu lại định nghĩa thực hành về chính sách sức khỏe tâm thần do tổ chức y tế thế giới đưa ra (WHO 2001) để từ đó có được chỗ dựa đánh giá khách quan về thực trạng chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần ở Việt Nam».*

Hộp 3- Đinh nghĩa thực hành chính sách (*trích từ báo cáo của RTCCD-MOLISA-UNICEF-WHO, 2011*)

Policies specify the standards that need to be applied across all programmes and services, linking them all with a common vision, objectives and purpose. Without thí overall connection, programme and services are likely to be inefficient and fragmented (WHO, 2001).

Chính sách đưa ra cụ thể các tiêu chuẩn cần được áp dụng xuyên suốt hệ thông dịch vụ và các chương trình, gắn nối các dịch vụ và các chương trình này lại với nhau bằng một tầm nhìn chung, một đích hướng đến và các mục tiêu cần đạt được. Không có một khung gắn nối này, chắc chắn các dịch vụ, các chương trình sẽ bị vỡ vụn và không hiệu quả (Bản dịch của RTCCD, 2011)

3.2. Thực trạng điều hành hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần của Việt Nam giai đoạn 2000-2010[8]

"*... Thiếu một chính sách quốc gia về chăm sóc sức khỏe tâm thần đúng nghĩa, là nguyên nhân chính dẫn đến tình trạng trong thời gian qua chưa có được một sự gắn nối chặt chẽ giữa hệ thống do Bộ LĐTBXH quản ly với hệ thống do Bộ Y Tế quản lý, ở cả tầm phát triển các hướng dẫn quy chuẩn quốc gia và thực thi cụ thể ở tuyến địa phương.*

….Khảo sát cho thấy, hiện chưa có một mô hình đạt yêu cầu cơ bản về chăm sóc và phục hồi chức năng cho người bệnh tâm thần cả ở phạm vi cơ sở tập trung và tại cộng đồng do WHO khuyến cáo cho các nước đang phát triển. Hệ thống CSSK tâm thần do Bộ Y Tế quản ly (cả ở cơ sở bệnh viện và dự án

[6] Phần viết này được trích ra từ chương 1 (trang 13) và chương 6 (trạng 35, 36) của báo cáo "Đánh giá thực trạng hệ thống bảo trợ xã hội dành cho bệnh nhân tâm thần thuộc quản lý của Bộ LĐTBXH " (RTCCD-Cục BTXH Bộ LĐTBXH-WHO-UNICEF; 12/2011).

[7] World Health Organization (2001). Mental Health Policy Project: Polucy and Service Guidence Paclakge. Executive Summary. Geneva.

[8] Phần viết này trích từ chương 6 (trạng 35, 36) của báo cáo "Đánh giá thực trạng hệ thống bảo trợ xã hội dành cho bệnh nhân tâm thần thuộc quản lý của Bộ LĐTBXH " (RTCCD-Cục BTXH Bộ LĐTBXH-WHO-UNICEF; 12/2011).

CSSKTT cộng đồng) tập trung chủ yếu vào các đối tượng tâm thần phân liệt (chiếm không quá 20% gánh nặng tâm thần cần chăm sóc y tế), bỏ lọt phần lớn các đối tượng tâm thần phổ biến khác như trầm cảm, lo âu, tâm thần do nghiên chất và các rối nhiễu hành vi khác. Do vậy, cũng giới hạn luôn hoạt động của hệ thống bảo trợ xã hội do bên LĐTBXH dành cho bệnh nhân tâm thần. Điều này gián tiếp phản ánh các cơ sở đào tạo hiện tại của Bộ LĐTBXH, Bộ Y Tế, hoặc Bộ Giáo Dục chắc chắn chưa thể có khả năng đào tạo "cầm tay chỉ việc" để có thể nhanh chóng đáp ứng lỗ hổng chuyên môn của hệ thống từ cộng đồng tới các trung tâm tuyến tỉnh do Bộ LĐTBXH quản lý".

" *Khuyến nghị với Bộ LĐTBXH, Bộ Y tế và Bộ GD&ĐT cần phối hợp thành lập một nhóm công tác cấp quốc gia về xây dựng hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần để hướng dẫn quá trình cải cách. Khuyến nghị này đã từng được đưa ra bởi Tổ chức Y tế thế giới tại Việt Nam*"[9].

3.3. Tác động của RTCCD đến sự phát triển chính sách chăm sóc sức khỏe tâm thần

3.3.1. Chuyển hướng tầm nhìn, mở rộng đối tượng phục vụ của hệ thống y tế công và khắc phục tình trạng xã hội kỳ thị người bệnh tâm thần

RTCCD là cơ quan đã đưa ra thuật ngữ *"rối nhiễu tâm trí"* (tương ứng với Mental Disorders[10] trong tiếng Anh) để chỉ nhóm 20% trẻ em độ tuổi học lớp 2-3, và 20% bà mẹ đang nuôi con nhỏ 1 tuổi trong báo cáo nghiên cứu điều tra về nghèo khổ trẻ em Young Lives năm 2003 được đánh giá bất thường qua công cụ sàng lọc bệnh tâm thần trên cộng đồng SDQ25 (dùng cho trẻ em) và SRQ20 (dùng cho người lớn). Những đối tượng này, hoàn toàn nằm ngoài diện chăm sóc của hệ thống khám và điều trị tâm thần của Việt Nam.

Ở vào thời điểm mà RTCCD thực hiện nghiên cứu trên, và cho tới năm 2010 (trước khi ra đời đề án 1215), hệ thống chăm sóc bệnh nhân tâm thần ở Việt Nam *"…về cơ bản không có dự phòng, và việc điều trị được thực hiện bởi (1) hệ thống quản lý bởi Bộ Y Tế gồm 34 bệnh viện tâm thần tuyến trung ương và tỉnh cùng một dự án tâm thần cộng đồng tập trung vào phát thuốc điều trị tại cộng đồng cho hai nhóm bệnh nhân tâm thần phân liệt và động kinh; (2) hệ thống bảo trợ xã hội dành cho bệnh nhân tâm thần, tập trung vào các đối tượng tâm thần phân liệt lang thang, không nơi nương tựa. Cả hai hệ thống này đều chỉ tập trung vào nhóm bệnh nhân loạn thần (psychotic) thể nặng, và việc điều trị chủ yếu là dùng thuốc với sự giám sát của nhân viên y tế chuyên ngành tâm thần*"[11]. Những trường hợp thuộc nhóm 20% trẻ em hoặc phụ nữ bị rối nhiễu tâm trí như phát hiện trong nghiên cứu nghèo khổ trẻ em Young Lives, hoặc nhóm 29,3% phụ nữ mang thai giai đoạn 3 tháng cuối hoặc đang nuôi con nhỏ trong vòng hai tháng tuổi, bị trầm cảm, lo âu trong nghiên cứu RTCCD thực hiện tại Hà Nội và Hà Nam năm 2008, hoàn toàn nằm ngoài hệ thống chăm sóc bệnh nhân tâm thần của cả bộ Y Tế và bộ LĐTBXH.

Liên tiếp trong các năm từ 2003 (khi có báo cáo nghiên cứu gánh nặng rôi nhiễu tâm trí ở bà mẹ và trẻ em là 20% trong cộng đồng) đến 2008, RTCCD đã thực hiện vận động qua các bài trình bày hội thảo, bài viết và trả lời phòng vấn báo chí và phương tiện truyền hình, để vận động ngành y tế và xã hội làm quen dần với các thuật ngữ "rối nhiễu tâm trí". Đáng kể nhất là các bài viết đăng trên báo có số độc giả lớn nhất ở Việt Nam (báo Tuổi Trẻ) và tạp chí chuyên ngành của ba bộ giữ trọng trách lớn nhất trong

[9] Đoạn này trích từ "Tóm tắt khuyến cáo chuyến khảo sát hệ thống trung tâm bảo trợ xã hội dành cho bệnh nhân tâm thần của chuyên gia tổ chức y tế thế giới Harry Minas tại cuộc họp ngày 16/7/2009"; Cục Bảo Trợ Xã Hội, Bộ LĐTBXH (2009)

[10] Ngành tâm thần dịch cụm từ "mental disorders" là "loạn thần", và do vậy, tải nghĩa trong tiếng Việt chỉ trạng thái bệnh nặng. Đây là căn nguyên tại sao cho đến nay, các đối tượng trẻ em, phụ nữ bị "mental disorders" theo tiêu chuẩn quốc tế lại không nằm tỏng diện quan tâm của ngành tâm thần Việt Nam.

[11] Tổng hợp thông tin từ hai báo cáo: (1) Bộ Y Tế (2012). Đề xuất chương trình mục tiêu quốc gia-Dự án tâm thần cộng đồng. Báo cáo trình bày tại Ủy Ban các Vấn Đề Xã Hội của Quốc Hội, Hà Nội, 8/ 3/2011; (2) La Đức Cương (2010), Thực trạng chăm sóc bệnh nhân tâm thần: Kiến nghị và giải pháp. Báo cáo của đại biểu Bộ Y Tế tại hội thảo: Đại biểu dân cử phía Nam với chính sách, pháp luật y tế. Ủy ban các Vấn đề Xã hội Quốc Hội và Liên hiệp các Hội Khoa học và Kỹ thuật Việt Naml Thành phố Hồ Chí Minh, 7/8/2010.

CSSKTT ở Việt Nam (y Tế, LĐTBXH, Giáo Dục & Đào Tạo) cùng bài tham luận tài các hội thảo phát triển nghề công tác xã hội (phụ lục 1, 2, 3, 4, 5), có tác động thực sự giúp xã hội giảm bớt sự mặc cảm với bệnh tâm thần, và nhận ra bộ mặt khác nhau của bệnh tâm thần trong đời sống. Một sự chuyển đổi xã hội chấp nhận và quan tâm đến rối nhiễu tâm trí với một thái độ như các vấn đề sức khỏe thường gặp khác dần hình thành. Đấy chính là mục tiêu cần đạt (giảm kỳ thị với bệnh tâm thần và kết hợp nhiều hình thực trong chăm sóc bệnh nhân tâm thần) trong phát triển chính sách CSSKTT mà WHO khuyến cáo các nước phải thực hiện.

RTCCD không chỉ đưa ra thuật ngữ "rối nhiễu tâm trí" để chỉ những trường hợp bất thường về mặt "sức khỏe tâm thần", nhưng lại không được xem là đối tượng chăm sóc của ngành tâm thần Việt Nam, mà còn tiến đến việc xây dựng cơ sở khoa học cho việc thay đổi nhận thức xã hội về bệnh tâm thần ở Việt Nam theo kịp với tiến bộ của y học thế giới bằng việc tạo định nghĩa khoa học và định nghĩa thực hành cho thuật ngữ này trong ngôn ngữ Việt Nam và giới thiệu chúng vào trong hệ thống chăm sóc "sức khỏe tâm thần" của Việt Nam (xem phụ lục 6a, 6b). Việc vận động của RTCCD ***thay sử dụng cụm từ "sức khỏe tâm thần" bằng "sức khỏe tâm trí"***, và thiết lập ***phổ của sức khỏe tâm trí đi từ khỏe mạnh → rối nhiễu tâm trí → bệnh tâm thần***, là một sự đổi mới mang tính cách mạng trong chăm sóc "sức khỏe tâm thần" của Việt Nam, bởi cho đến nay, với cách định nghĩa dùng chung từ "***tâm thần***" để chỉ hai trạng thái sức khỏe: "***khỏe mạnh"-*** sức khỏe tâm thần, và "***không còn bình thường"*** -bệnh tâm thần, ngành tâm thần Việt Nam khó mà giải quyết được tình trạng kỳ thị với bênh tâm thần như đã tồn tại trong chính ngành y và ngoài xã hội.

Với quyết định số 1215/QĐ-TTg ngày 22/7/2011 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt sự ra đời của đề án "bảo trợ xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần, người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2011-2020[12] (Gọi tắt là Đề án 1215), có thể xem đây là dấu mốc thành công của RTCCD trong việc vận động sự thay đổi nói trên, sau 8 năm với khoảng 30 bài viết đăng báo và trình bày tại các hội nghị khác nhau về hệ thống chăm sóc bệnh nhân tâm thần ở Việt Nam.

3.3.2. Đưa chăm sóc tâm thần trẻ em vào kế hoạch hành động bảo vệ và chăm sóc trẻ em

Báo cáo của RTCCD về tỷ lệ 20% trẻ em và 20% bà mẹ nuôi con nhỏ bị rối nhiễu tâm trí tại hội nghị các đại biểu dân cử tháng 9/2004, cùng với các bài trình bày và nội dung phản biện tại các hội thảo về chăm sóc trẻ em do Ủy Ban Dân Số, Gia Đình và Trẻ em (UBDSGD&TE) phối hợp với UNICEF, RTCCD, đại học Melbourne tổ chức tháng 3/2005 và tháng 6/2005, và loạt 6 bài viết đăng trên số chuyên đề "tạp chí trẻ thơ" của Ủy Ban Dân Số Gia Đình & Trẻ em, đã tạo cơ sở cho việc đưa nội dung *"chăm sóc sức khỏe tâm thần trẻ em"* lần đầu tiên có trong kế hoạch hành động của chính phủ về bảo vệ và chăm sóc trẻ em (xem kế hoạch bảo vệ chăm sóc trẻ em giai đoạn 2006-2010, Ủy Ban DSGĐ&TE). Năm 2010, cục Bảo Vệ và Chăm Sóc Trẻ Em (Bộ LĐTBXH), phối hợp với Vụ Quản Lý Học Sinh-Sinh Viên (Bộ Giáo Dục & Đào Tạo) và hỗ trợ kỹ thuật từ trung tâm RTCCD thực hiện đề tài thí điểm can thiệp phòng chống rối nhiễu tâm trí ở học sinh các trường Hà Nội[13].

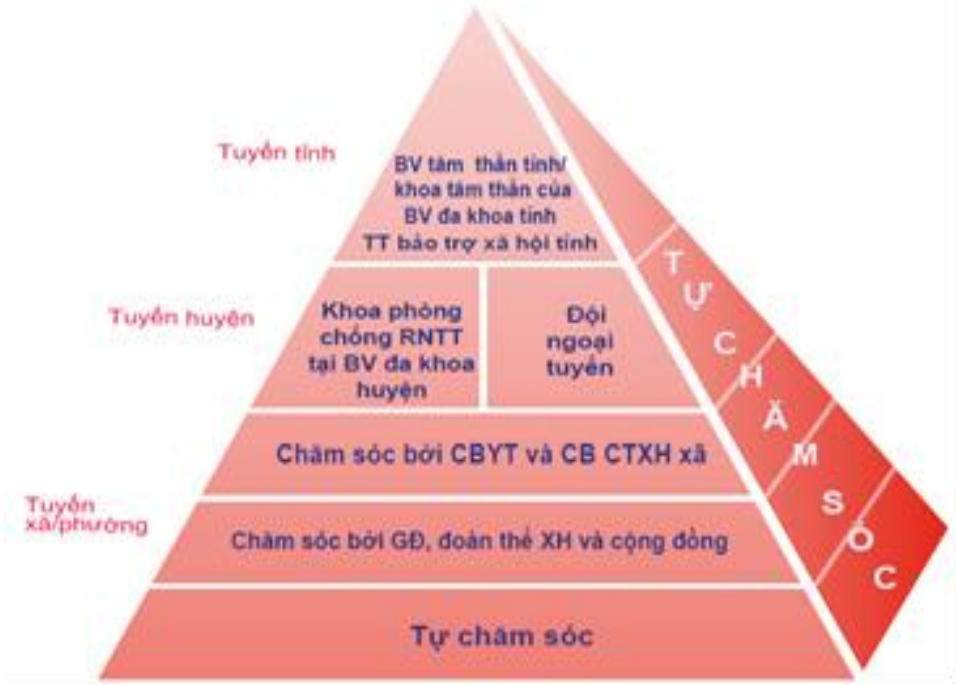
Quá trình vận động liên tục, xuyên suốt của RTCCD từ nghiên cứu Young Lives năm 2001-2005, đến hỗ trợ kỹ thuật cho đề tài định hướng chính sách của cục bảo vệ & chăm sóc trẻ em 2010-2011, là minh chứng cho sự thành công tạo lập cơ sở cho sự hình thành một chính sách theo hướng tích cực, dự phòng, cho đối tượng trẻ em được tạo ra trong những năm tới: *Chính sách phòng chống rối nhiễu tâm trí ở trẻ em.*

[12] Thủ Tướng Chính Phủ (2011). Quyết định số 1215/QĐ-TTg phê duyệt đề án bảo trợ xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần, người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2011-2020. Hà nội, 22/7/2011.

[13] Nguyễn Đức An & Vũ Thị Kim Hoa (2012). Báo cáo đề tài "thí điểm sử dụng bộ công cụ sàng lọc rối nhiễu tâm trí ở học sinh SDQ25 tại các trường phổ thông Hà Nội". Đề tài cấp Bộ, mã số 2010-02-03. Bảo vệ nghiệm thu đề tài ngày 14/6/2012.

3.3.3. Đề xuất đổi mới "hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần" hiện tại sang "hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm trí dựa vào cộng đồng" và sự áp dụng vào các đề án 32 và 1215

Từ năm 2006, RTCCD đã đề xuất mô hình "communit-based mental health care" cho Việt Nam, trình bày tại hội nghị quốc tế do UNFPA-WHO tổ chức tại Việt Nam về chủ đề "maternal mental health and child health and development in resource-constrained settings" (*sức khỏe tâm trí của người mẹ với sức khỏe và sự phát triển trẻ em ở các nước có nguồn thu nhập thấp*)[14]. Các nghiên cứu tiếp theo, đặc biệt sau nghiên cứu *đánh giá mô hình tâm thần cộng đồng* của Bộ Y Tế tại hai tỉnh Hà Nam và Hà Tây (do WHO-Bộ Y Tế hỗ trợ, năm 2007-2008) và hai nghiên cứu do RTCCD thực hiện với sự phối hợp của Bộ LĐTBXH và trợ giúp tài chính từ WHO, UNICEF Việt Nam năm 2010-2011: *(1) đánh giá hệ thống trung tâm bảo trợ xã hội dành cho bệnh nhân tâm thần do Bộ LĐTBXH quản lý,* và *(2) đánh giá các mô hình chăm sóc sức khỏe tâm trí do các tổ chức phi chính phủ vận hành tại Việt Nam*, RTCCD đã có đủ bằng chứng để phân tích tổng thể trên toàn hệ thống của cả Bộ Y Tế và LĐTBXH, để đưa ra mô hình đổi mới công tác chăm sóc người bệnh tâm thần ở Việt Nam theo hướng lồng ghép y tế và công tác xã hội, lấy đối tượng phục vụ làm trung tâm, thể hiện cụ thể cho các tỉnh đưa vào triển khai (hình 1 và 2). Trong đó, mô hình 1 là sự vận dụng khuyến cáo của WHO vào hoàn cảnh của Việt Nam. Còn mô hình 2, là sự sáng tạo của RTCCD giải quyết bài toán thực tế của Việt Nam hiện đang lung túng chưa xác định rõ đối tượng phục vụ của ngành tâm thần thuộc cả bộ Y Tế và LĐTBXH ở phạm vi tuyến tỉnh, và do vậy, không tạo được sự hợp tác chặt chẽ giữa các cơ quan liên quan trong CSSKTT



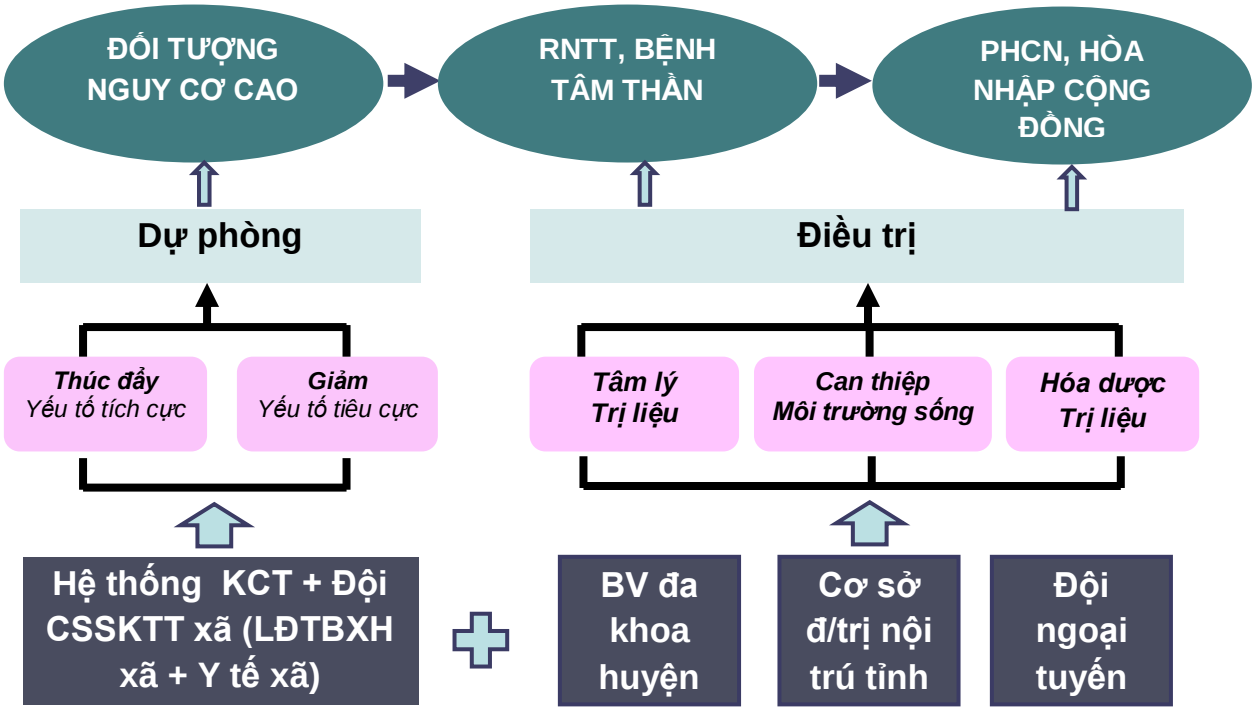
Hình 1- Chăm sóc sức khỏe tâm trí ở Việt Nam: Mô hình cấu trúc phỏng theo khuyến cáo của WHO 2003 (RTCCD, 2011)

Mô hình cấu trúc này được RTCCD phân tích dưới góc độ chức năng vận hành cho từng tuyến với tiêu điểm lấy bệnh nhân làm trung tâm. Trên cơ sở đó, RTCCD đề ra mô hình chức năng vận hành để đáp với 3 nhóm đối tượng cơ bản trong cộng đồng: (1) Đối tượng nguy cơ cao RNTT (ví dụ: phụ nữ mang thai, phụ nữ nuôi con nhỏ, trẻ vị thành niên, đối tượng làm nghề có nguy cơ stress cao, người nghèo, người tàn tật, người mắc bệnh mãn tính…); (2) đối tượng đã có bệnh rối nhiễu tâm trí/bệnh tâm thần

[14] Jane RW Fisher, Meena C de Mello, Takashi Izutsu and Tuan Tran (2009). The Ha Noi Expert Statement: recognition of maternal mental health in resource-constrained settings is essential for achieving the Millennium Development Goals. International Journal of Mental Health Systems 2011, 5:2 doi:10.1186/1752-4458-5-2; http://www.ijmhs.com/content/5/1/2/

cần được chăm sóc và điều trị; và (3) đối tượng bệnh nhân đã ở giai đoạn điều trị ổn định, cần được phục hồi chức năng. Các hướng dẫn điều trị và phục hồi chức năng tuân thủ nguyên tắc 3 chân kiềng: Điều trị tâm lý, điều trị bằng thuốc và can thiệp và hỗ trợ môi trường sống.

Hình 2 - Mô hình hệ thống CSSKTT của tỉnh xét theo chức năng và đối tượng phục vụ (© RTCCD – 2012)



Các mô hình trên cùng với những bài viết phân tích về vị trí và vai trò của công tác xã hội trong chăm sóc y tế nói chung và trong chăm sóc sức khỏe tâm trí và người bệnh tâm thần nói riêng[15][16][17] đã tạo được cơ sở cho Bộ LĐTBXH thực hiện sự chuyển đổi hệ thống về công tác xã hội trong chăm sóc bệnh nhân tâm thần. Với việc tỉnh Quảng Ninh đồng ý thí điểm mô hình do RTCCD đề xuất tại huyện Vân Đồn trong khuôn khổ triển khai để án 32[18] và 1215, và việc Bộ LĐTBXH kiến nghị tổ chức AP hỗ trợ đề án 1215 giai đoạn 2013-2015 triển khai điểm mô hình đầy đủ do RTCCD đưa ra tại hai tỉnh (với sự hỗ trợ kỹ thuật từ RTCCD), RTCCD đã tạo ra được một sự vận động hiệu quả cho việc hình thành một hệ thống mới về CSSKTT dựa vào cộng đồng[19].

[15] Trần Tuấn (2009). Công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần. Tài liệu hội thảo Phát triển Nghề CTXH, Bộ LĐTBXH-UNICEF, Đà Nẵng 3-4/11/2009
[16] Trần Tuấn (2010). Công tác xã hội trong chăm sóc y tế. Tài liệu hội thảo Công tác Xã Hội trong Chăm Sóc Y Tế, Bộ Y Tế-UNICEF; Hà Nội 6/7/2010.
[17] Trần Tuấn (2010). Dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần & Phát triển nghề công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần Tài liệu hội thảo "triển khai đề án phát triển nghề công tác xã hội- Đề án 32" do Bộ LĐTBXH-UNICEF tổ chức; Hạ Long 9-10/9/2010.
[18] Thủ Tướng Chính Phủ (2010). Quyết định số 32/QĐ-TTg phê huyệt đề án phát triển nghề công tác xã hội giai đoạn 2010-2020. Hà Nội, 25/3/2010.
[19] MOLISA & RTCCD (2012). "Hỗ trợ phát triển hệ thống trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng tại Việt Nam". Đề xuất dự án gửi tổ chức Atlantic Philanthropies (US). Hà Nội 6/2012.

Như vậy, tính ra mất 2 năm kể từ khi RTCCD đưa ra báo cáo nghiên cứu lần đầu tiên xác định gánh nặng rối nhiễu tâm trí trong cộng đồng lên tới 20% ở bà mẹ và trẻ em (9/2003) cho đến khi UBDSGĐTE chấp nhận đưa *"chăm sóc tâm thần trẻ em"* là một nội dung quan tâm hành động trong kế hoạch quốc gia về bảo vệ & chăm sóc trẻ em giai đoạn 2006-2010 (tháng 9/2005); mất 7 năm (2005-2011) kể từ khi RTCCD vận động sử dụng "*rối nhiễu tâm trí*" đến khi thuật ngữ này được đưa vào chính sách chăm sóc người bệnh tâm thần thể hiện ở nôi dung đề án 1215 do Bộ LĐTBXH điều phối; và mất 8 năm (2005-2012) kể từ khi RTCCD đề xuất mô hình về chăm sóc sức khỏe tâm trí dựa vào cộng đồng cho đến khi đề án 1215 chấp thuận đưa vào triển khai thí điểm ở phạm vị huyện (dự án xây dựng khoa phòng chống rối nhiễu tâm trí tại bệnh viện đa khoa huyện Vân Đồn, Quảng Ninh, 5/2012) và Bộ LĐTBXH đề nghị tổ chức quốc tế hỗ trợ cho triển khai mô hình trên phạm vi tỉnh (đề xuất dự án gửi tổ chức AP, tháng 6/2012).

4. Kết luận và bài học rút ra cho sự phát triển Think Tank ở Việt Nam từ phân tích quá trình nghiên cứu và vận động chính sách y tế của trung tâm RTCCD

4.1. Kết luận từ phân tích hoạt động của RTCCD trong lĩnh vực nghiên cứu và vận động chính sách y tế

Từ trường hợp của RTCCD, có thể rút ra 5 kết luận sau:

1. Thứ nhất, ở Việt Nam, có tồn tại loại hình tổ chức Think Tank trong lĩnh vực tác động phát triển chính sách y tế.
2. Hoạt động của loại hình tổ chức này có tác động được đến sự hình thành và đổi mới chính sách phát triển y tế ở Việt Nam.
3. Môi trường hiện tại của Việt Nam cho phép loại hình Think Tank tồn tại và duy trì phát triển, thông qua (a) *tồn tại một thị trường hợp đồng nghiên cứu* (ở đó cơ quan chính phủ hoặc tổ chức quốc tế đặt thực hiện hợp đồng nghiên cứu các vấn đề nóng của xã hội), (b) một *sân chơi có sự tham gia của các nhà hoạch định chính sách đến từ chính phủ, Đảng, Quốc Hội cho phép tổ chức nghiên cứu độc lập trình bày bằng chứng nghiên cứu và các khuyến cáo* dựa trên bằng chứng, và (c) một *hệ thống truyền thông chấp nhận tổ chức khoa học độc lập trình bày quan điểm phục vụ đổi mới chính sách y tế hiện hành theo hướng công bằng và hiệu quả*.
4. Tiến trình từ khi có bằng chứng nghiên cứu, hoặc ý tưởng sáng tạo phục vụ đổi mới chính sách, đến khi chuyển đổi chính sách áp dụng vào thực tế, mất từ 2-8 năm.
5. Sự thành công trong vận động đổi mới chính sách của tổ chức độc lập ở Việt Nam phụ thuộc nhiều vào nỗ lực của chính tổ chức đó diễn ra trong một thời gian dài, với bằng chứng nghiên cứu mạnh phản ánh các khía cạnh khác nhau của hệ thống; sử dụng nhiều hình thức chuyển tải thông tin, đến với nhiều đối tượng khác nhau có trọng trách trong tiến trình hoạch định chính sách; đồng thời có sư hợp tác chặt chẽ với các đối tác cả trong nước và quốc tế, và luôn giữ được vai trò độc lập trong tư vấn đổi mới chính sách theo hướng công bằng và hiệu quả.

4.2. Bài học rút ra cho sự phát triển Think Tank ở Việt Nam

Năm 2006, những kết quả đạt được ban đầu trong vận động đổi mới chính sách chăm sóc người bệnh tâm thần ở Việt Nam đã được RTCCD (phối hợp với chuyên gia quốc tế từ đại học London South Bank University, UK) tổng kết và đưa ra các bài học kinh nghiệm cho mục tiêu chuyển tải hiệu quả bằng chứng nghiên cứu tới tiến trình đổi mới chính sách[20] ở các nước đang phát triển (chi tiết các bài học, xem bài báo ở phụ lục 7).

[20] Trudy Harpham and Tran Tuan (2006). From Research Evidence to Policy: Mental Health Care in Viet Nam Bulletin of the World Health Organization, August 2006, 84(8); pp. 664-668; http://www.who.int/bulletin/volumes/84/8/05-027789.pdf

Kết hợp với kết quả đạt được giai đoạn 2007-2012 và xét cho nội dung phát triển Think Tank ở Việt Nam, tác giả bài viết này đưa ra thêm 5 bài học chính sau:

1. *Năng lực nghiên cứu và chất lượng nghiên cứu đóng vai trò then chốt trong sự phát triển của Think Tank*

Việc các tổ chức khác nhau (chính phủ, Đảng, Quốc Hội, tổ chức phi chính phủ, đại học & viện nghiên cứu quốc tế, tổ chức viện trợ phát triển quốc tế song phương, đa phương) đặt hàng nghiên cứu cho RTCCD (và qua đó, RTCCD có nguồn kinh phí duy trì sự tồn tại của mình), thể hiện đây là một tổ chức có năng lực nghiên cứu đáp ứng được yêu cầu thực tế của tiến trình thu thập bằng chứng phục vụ hoạch định chính sách. Đồng thời, với việc kết quả nghiên cứu đăng tải tên các tạp chính peer review chuyên ngành và trình bày tại các hội thảo quốc tế và trong nước đều đặn hàng năm, thể hiện chất lượng nghiên cứu của RTCCD ổn định và đáp ứng yêu cầu khoa học. Chính vì vậy, giúp RTCCD đứng vững và tạo được sự tin cậy để thực hiện các vận động chính sách sau đó một cách thành công.

2. *Tổ chức phải có được khả năng viết phục vụ phản biện và vận động chính sách*

Việc các bài viết của RTCCD được chấp nhận đăng tải trên các báo, tạp chí khác nhau, từ Tạp Chí Cộng Sản của cơ quan Đảng, đến các tạp chí, báo chuyên ngành của các Bộ Giáo Dục, Y Tế, LĐTBXH… và việc tham gia và có bài viết trình bày tại các hội thảo định hướng chính sách của các Bộ, Ban, Ngành, và cả ở các hội thảo quốc tế, là một thể hiện về năng lực của RTCCD chuyển tải thông tin khoa học theo ngôn ngữ phù hợp với các nhà hoạch định chính sách. Đây là một trong những yếu tố bắt buộc tạo nên sự thành công cho tổ chức nghiên cứu độc lập khi đảm nhận vai trò của một Think Tank.

3. Phối hợp nhiều hình thức vận động, thực hiện bền bỉ theo mục tiêu dẫn dắt bởi bằng chứng khoa học và khung phân tích lấy mục tiêu phát triển cộng đồng làm điểm đến

Có thể thấy RTCCD phối hợp rất nhiều hình thực vận động. Từ bài trả lời phỏng vấn báo trong nước và quốc tế, trả lời phỏng vấn và tham gia thực hiện phóng sự trên truyền hình, bài viết đăng báo phổ thông, rồi báo chuyên ngành trong nước, quốc tế, đến hình thức trình bày tại các hội nghị định hướng chính sách, tham gia cùng cơ quan lập chính sách phát triển đề xuất dự án can thiệp, hoặc phối hợp với cơ quan lập chính sách thực hiện nghiên cứu định hướng chính sách. Điểm chung của tất cả các hoạt động này, là đều hướng đến một hệ thống phục vụ cho mục tiêu phát triển cộng đồng, không vì một nhóm lợi ích riêng nào trong xã hội.

4. *Kiên trì vận động và giữ vững vai trò cơ quan khoa học, độc lập*

Thời gian để đạt được mục tiêu tạo sự chuyển đổi hệ thống CSSKTT mà RTCCD đề xuất trên cơ sở nghiên cứu rõ ràng là có thể rất dài (8 năm). một thử thách thật sự xét với một cơ sở nghiên cứu độc lập tồn tại dựa trên hoạt động nghiên cứu, trong một môi trường còn nhiều khó khăn cho loại hình này ở nước đang phát triển. Không có sự kiên trì, đam mê theo đuổi ý tưởng, vì mục tiêu khoa học, thì không thể có được sự hợp tác rộng rãi đạt được với cả trong nước và quốc tế để tạo ra được sụ tác động đổi mới chính sách như thành công mà RTCCD tạo ra trong thời gian qua đối với lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm trí ở Việt Nam ./.

Phụ lục 1- Ra khỏi cơn mê. Báo Tuổi Trẻ, Thứ Tư, 10/10/2007

http://tuoitre.vn/Chinh-tri-xa-hoi/Song-khoe/223552/Ra-khoi-con-me.html
Thứ Tư, 10/10/2007, 01:36 (GMT+7)

Ra khỏi cơn mê

TT - Có gì đó nằm trong cái làm nên "sự thờ ơ khủng khiếp" (silent scandal) của xã hội đối với chăm sóc sức khỏe tâm thần khiến hệ thống chăm sóc sức khỏe nói chung vận hành lệch lạc.
Nghe đọc nội dung toàn bài:

Lancet, tờ báo khoa học uy tín hàng đầu trong lĩnh vực y học và y tế công cộng trên thế giới, đưa ra loạt bài hồi đầu tháng chín đề cập đến gánh nặng bệnh tâm thần đối với xã hội và thực tế đáng buồn về chăm sóc y tế trong những năm qua.

Theo Lancet, mỗi năm có tới 30% dân số thế giới bị rối nhiễu tâm trí (từ chung để chỉ mọi thể bệnh tâm thần - mental disorders), hầu hết không được phát hiện và chữa chạy, thực tế này lại xảy ra cả ở chính các nước giàu có. Chẳng hạn ở Mỹ, 31% dân chúng bị rối nhiễu tâm trí mỗi năm, 67% trong số họ không được điều trị hoặc điều trị không đúng. Châu Âu: 27% có biểu hiện bệnh và 74% không được điều trị hoặc điều trị không đúng. Tình hình ở các nước đang phát triển, nơi hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần còn kém phát triển hơn, thì tỉ lệ bệnh nhân không được phát hiện hoặc phát hiện mà không điều trị đúng còn cao hơn nhiều.

Xới lên chuyện cũ

Thật ra, những vấn đề Lancet đưa ra không hoàn toàn mới; họ chỉ lật lại, xới lên một vấn đề mà Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã đề cập trong bản báo cáo tình hình sức khỏe thế giới từ năm 2001. WHO xác định rõ tâm thần là loại bệnh phổ biến nhất, đứng đầu trong danh sách gánh nặng bệnh tật của con người, vượt trên cả HIV, các bệnh nhiễm trùng thông thường hay tim mạch.

Bệnh tâm thần ẩn giấu không được phát hiện làm tăng sự trầm trọng của bệnh tật khác, là nguyên nhân trực tiếp của nghèo đói. WHO cũng chỉ rõ phần lớn các bệnh tâm thần phổ biến có thể điều trị khỏi nếu phát hiện sớm và điều trị đúng cách, và việc phát hiện điều trị có thể làm tốt ở tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu. Cụ thể hơn, WHO đưa ra mười khuyến cáo chung cho toàn thế giới giải quyết vấn đề này, trong đó có chỉ dẫn cụ thể cho từng nhóm nước cần tập trung vào giải quyết khuyến cáo nào trước.

Mặc dù vậy, thực tế những năm qua việc chăm sóc sức khỏe tâm thần trên thế giới dường như cuốn theo chiều ngược lại. Hệ thống y tế trên thế giới đang hướng về phía củng cố hệ thống bệnh viện và lập mới các bệnh viện hiện đại. Các nhà tài trợ đổ tiền cho nghiên cứu đưa ra phương pháp, kỹ thuật chẩn đoán và điều trị những bệnh xưa kia xem là nan y như u não, ung thư, thay bộ phận hỏng trong cơ thể, nối ghép tạng...

Đi song hành là hàng loạt máy móc hiện đại ra đời được các công ty trang bị cho các bệnh viện theo phương thức "dùng trước trả tiền sau" . Toàn cầu hóa thúc đẩy giao thương buôn bán, du lịch phát triển. Các nhà hoạch định chính sách y tế các nước bị cuốn theo những quan ngại về một đại dịch xảy ra về

SARS, cúm H5N1... Đã bảy năm kể từ khi WHO khuyến cáo, chẳng nước nào có được mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần ở tuyến ban đầu như WHO đã chỉ dẫn.

Gáo nước lạnh

Loạt bài trên Lancet, 30% nhân loại có bệnh tâm thần và phần lớn không được điều trị hoặc điều trị không đúng cách, chẳng khác nào gáo nước lạnh giúp thế giới "ra khỏi cơn mê" nhìn nhận lại mục tiêu chăm sóc sức khỏe và sự vận hành của hệ thống y tế hiện nay.

Không chỉ đau ở gánh nặng xã hội đang mang và mất mát đưa lại về thể xác và tinh thần do việc không được phát hiện sớm và điều trị đúng, nỗi đau nằm ở tâm khảm những người có lương tri.

Vì sao thế giới tự nhận là văn minh này biết rõ mà không hành động? Vì sao ngay cả tại các nước giàu có, luôn nói đến nhân quyền, về quyền bình đẳng được chăm sóc sức khỏe của mọi người dân, lại để đến nỗi ba phần tư số người có bệnh không được điều trị hoặc điều trị không đúng?

Tác giả là giám đốc Trung tâm Nghiên cứu và đào tạo phát triển cộng đồng, trụ sở tại Hà Nội (www.rtccd.org.vn), thuộc Liên hiệp Các hội khoa học và kỹ thuật VN. Tác giả sang công tác tại Đại học Melbourne, Úc, đi sâu về vấn đề thúc đẩy chăm sóc sức khỏe tâm thần ở các nước đang phát triển.

Khó mà đổ tại thiếu tiền hoặc thiếu kiến thức, nhất là đối với các nước Âu, Mỹ. Sẽ chẳng quá nếu gọi hệ thống chăm sóc sức khỏe trong thời gian qua bị rối nhiễu, bởi định nghĩa sức khỏe ai cũng hiểu là không thể thiếu chăm sóc sức khỏe tâm thần, và "sức khỏe cho mọi người" đã từng được quốc tế đặt thành mục tiêu thiên niên kỷ!

Trong y học, rối nhiễu chỉ trạng thái lệch lạc mất cân bằng, giai đoạn chớm bệnh còn điều chỉnh, chữa chạy được! Chỉ còn tám năm nữa đến kỳ đánh giá mục tiêu thiên niên kỷ (2001-2015). Lancet đã chọn đúng thời điểm, vào giữa chặng đường thực hiện, để nhắc nhở thế giới về một sự thất bại có thể phòng tránh được.Cái thiếu cho thế giới lúc này phải chăng là một niềm tin vững chắc để làm chỗ dựa cho hành động điều chỉnh hệ thống.

BS.TS TRẦN TUẤN

Phụ lục 2- Rối nhiễu tâm trí: bệnh thời hiện đại? Báo Sức Khỏe & Đời Sống; số đặc biệt (69+70), ra ngày Thứ Năm 03-5-2007, trang 26, các chương trình mục tiêu quốc gia. http://www.suckhoedoisong.vn/details.asp?Object=61236916&news_ID=3539597); Đăng lại ngày 10/7/2011 http://suckhoedoisong.vn/20110708093338705p0c63/roi-nhieu-tam-tri-benh-thoi-hien-dai.htm (Ban Biên Tập báo biên tập lại thành bài viết không có ý kiến tác giả). Dưới dây là bài nguyên bản (lưu tại trung tâm RTCCD).

Số đặc biệt (69+70), ra ngày thứ Năm, 03/05/2007 Trang 26, các chương trình mục tiêu quốc gia
http://www.suckhoedoisong.vn/details.asp?Object=61236916&news_ID=3539597

Rối nhiễu tâm trí - Bệnh thời hiện đại?

Theo định nghĩa của các thầy thuốc thì bên cạnh sự tác động của môi trường bên ngoài (xã hội) thì yếu tố nội tại (sức khỏe tâm thần) cũng đóng vai trò quan trọng mà hội chứng rối nhiễu tâm trí (RNTT) là một biểu hiện cụ thể. Cuộc trao đổi của phóng viên báo SK&ĐS với TS.BS. Trần Tuấn- Giám đốc Trung tâm Nghiên cứu và đào tạo phát triển cộng đồng (RTCCD)- đơn vị đang triển khai nghiên cứu , tư vấn và sàng lọc bệnh nhân mắc hội chứng rối nhiễu tâm trí sẽ giúp bạn đọc hiểu rõ hơn vấn đề này.

PV: Hội chứng RNTT có phải là một bệnh mới không, thưa TS?

TS.BS. Trần Tuấn: RNTT biểu hiện sự lệch lạc về sức khỏe tâm thần, đây không phải là bệnh mới, nói đúng hơn, đó là sự nhìn nhận mới về tình trạng sức khỏe tâm trí theo hướng dự phòng, điều trị sớm bệnh tâm thần. Từ xưa đến nay, nói đến bệnh tâm thần người ta thường nghĩ ngay đến số ít các bệnh nhân điển hình như tâm thần phân liệt hoặc trầm cảm với những biểu hiện rối loạn rõ về hành vi ứng xử, lời nói, nhân cách… việc điều trị thường phải tập trung trong các bệnh viện chuyên khoa tâm thần. Khi dùng "rối nhiễu tâm trí" người ta đề cập đến một tình trạng chung có biểu hiện lệch lạc về sức khỏe tâm thần trong một thời gian đủ dài vượt khỏi sự tự điều chỉnh trở lại cân bằng của cơ thể và cần phải có sự can thiệp chuyên môn để tránh vòng xoắn rối nhiễu nặng dần dẫn đến các tổn thương khó hồi phục. Với RNTT, phạm vi đề cập đến số đông hơn, biểu hiện bệnh ở mức độ nhẹ hơn, do vậy nếu can thiệp sớm, đúng cách, có thể giúp đa số người bệnh trở về cuộc sống sinh hoạt bình thường một cách nhanh chóng. Với RNTT, việc phát hiện và điều trị hoàn toàn có thể thực hiện ở y tế tuyến cơ sở. Chấp nhận và sử dụng khái niệm "rối nhiễu tâm trí" trong chăm sóc y tế dẫn đến xu hướng thu hẹp các bệnh viện chuyên khoa tâm thần và đẩy mạnh việc phát hiện sớm và điều trị sớm các bệnh tâm thần phổ biến ở cộng đồng như mệt mỏi, rối loạn giấc ngủ, lo âu, trầm cảm... đồng thời giúp cộng đồng xóa bỏ mặc cảm vốn có về bệnh tâm thần.

Thực tế hiện nay, người bị RNTT thường không được phát hiện kịp thời, đặc biệt ở trẻ em, phụ nữ đang mang thai hay trong thời gian sau đẻ. Ở mức độ nhẹ, RNTT thể hiện dưới dạng các triệu chứng rất chung chung như nhức đầu, mệt mỏi không có nguyên nhân rõ ràng, chán ăn, học tập sút kém, làm việc rất khó tập trung, cáu giận vô cớ hoặc lo lắng quá mức. Giai đoạn này bệnh thường bị chẩn đoán nhầm sang các bệnh thực thể khác hoặc bị bỏ qua. Không được phát hiện, vòng xoắn rối nhiễu nặng dần lên, các triệu chứng trên trở nên rõ rệt và thường xuyên hơn, tác động rõ rệt đến sinh hoạt, học tập, làm việc và nảy sinh các bệnh thực thể khác. Nếu tiếp tục không được chẩn đoán và can thiệp kịp thời, người bệnh có thể rơi vào trạng thái cô đơn, dần xa lánh bạn bè, người thân, rối loạn giấc ngủ, rối loạn ăn

uống, bỏ học, bỏ nhà đi lang thang, hành động hủy hoại thân thể hoặc toan tính tự tử. Đến lúc ấy mới tìm đến bác sĩ tâm thần thì chẩn đoán đã quá rõ ràng nhưng điều trị trở nên khó khăn hơn nhiều. Các nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng, ở các nước phát triển, khoảng thời gian kể từ khi có biểu hiện RNTT đến khi bệnh nhân được đưa đến phòng khám tâm thần, trung bình mất 1-2 năm. Với các nước đang phát triển, thời gian này chắc chắn lâu hơn và tình trạng còn tồi tệ hơn nhiều, bởi WHO đã chỉ ra rằng, có đến 80% bệnh nhân tâm thần không được chăm sóc y tế phù hợp.

PV: Như TS đã nói, hội chứng RNTT rất dễ bị bỏ qua và dễ chẩn đoán nhầm với bệnh khác. Vậy để xác định được bệnh, chúng ta phải dựa trên yếu tố nào?

TS.BS. Trần Tuấn: Không giống các bệnh thực thể khác, chẩn đoán RNTT bác sĩ phải dựa trên kết quả hỏi khám lâm sàng tỉ mỉ và trình tự tư duy phân tích tâm lý lâm sàng và tâm thần học, các xét nghiệm khác chủ yếu giúp loại trừ bệnh thực thể. Và việc chẩn đoán chính xác được RNTT hay không là một thử thách lớn với các y bác sĩ hiện nay, nhất là trong điều kiện của Việt Nam hệ thống đào tạo tâm thần chỉ phù hợp cho thực hành điều trị bệnh nhân nằm tại bệnh viện chuyên khoa, và chưa có được chương trình bài bản cả về lý thuyết và thực hành tâm lý học lâm sàng. Cộng với thực tế áp lực bệnh nhân gia tăng ở các bệnh viện và sự phụ thuộc quá nhiều vào các xét nghiệm, kỹ thuật y học, thuốc trị triệu chứng càng làm bác sĩ và nhân viên y tế coi nhẹ tiến trình hỏi khám lâm sàng trong tìm đến căn nguyên RNTT. Thiếu hiểu biết về bệnh tâm thần nói chung là thêm một yếu tố nữa dẫn đến rất ít các thầy thuốc suy nghĩ đến RNTT trong thói quen lập luận chẩn đoán hằng ngày.

Để có thể phát hiện kịp thời RNTT, cách đề cập mới là tăng cường sử dụng các công cụ sàng lọc ở tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu phát hiện trường hợp bệnh hoặc nghi ngờ bệnh, rồi gửi đi các phòng khám chuyên khoa chẩn đoán xác định và điều trị sớm, đúng cách. WHO khuyến cáo sử dụng bộ công cụ SRQ20 dành cho người lớn và với trẻ em 4-16 tuổi phổ biến hiện nay các nước sử dụng SDQ25. Cả bộ công cụ SRQ20 và SDQ25 phiên bản tiếng Việt đều đã được Trung tâm RTCCD tiến hành xong nghiên cứu xác định độ nhạy, độ đặc hiệu và ngưỡng chẩn đoán bệnh, hiện các công cụ này đã được dùng hằng ngày tại phòng khám TuNa của Trung tâm RTCCD, và vừa qua đã đưa vào sử dụng trong các nghiên cứu về gánh nặng sức khỏe tâm thần tại cộng đồng ở Đà Nẵng và Khánh Hòa.

PV: Hiện có rất nhiều người mải làm kinh tế mà quên mất việc chăm sóc sức khỏe cho chính bản thân và những người xung quanh – một trong những yếu tố dẫn tới RNTT. Dưới góc độ chuyên môn, TS có lời khuyên gì?

TS.BS. Trần Tuấn: Biểu hiện lệch lạc về sức khỏe tâm trí có thể diễn ra với bất kỳ ai, nhưng số đông, cơ thể tự điều chỉnh được hoặc do chính chúng ta nhận ra sự bất thường và tạo ra sự thay đổi thực trạng sớm giúp sức khỏe tâm trí trở lại trạng thái cân bằng nhanh chóng. Có nhiều yếu tố nguy cơ khiến cho RNTT xảy ra, người ta thường xếp trong 3 nhóm chính: sinh học, tâm lý học và môi trường sống với nghĩa đầy đủ của từ này, bao gồm gia đình, nhà trường, nơi làm việc và ở cộng đồng. Đã đến lúc các chương trình giáo dục sức khỏe phải tiến hành bắt buộc đối với chăm sóc sức khỏe tâm trí. Sức khỏe tâm trí rất dễ bị tổn thương dưới tác động của stress kéo dài, đặc biệt với các đối tượng trẻ em, phụ nữ có thai, phụ nữ sau đẻ và nuôi con nhỏ, người mắc bệnh (thực thể) lâu ngày, phụ nữ ở giai đoạn mãn kinh hay người già.

Cân bằng trong sinh hoạt, nghỉ ngơi, làm việc; coi trọng và quan tâm thích đáng đến đời sống tinh thần của gia đình, tránh để bất kỳ một thành viên nào rơi vào tình trạng căng thẳng kéo dài, và tránh gây stress đối với người xung quanh; trau dồi kiến thức về phòng chống RNTT, sử dụng test sàng lọc phát hiện sớm và chủ động tìm đến các cơ sở chuyên môn để tư vấn xác định phương án điều trị sớm, là những việc cần làm ở mỗi cá nhân và bậc làm cha mẹ. Bên cạnh đó, toàn bộ nhân viên y tế thuộc hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu cần được trang bị kiến thức chẩn đoán sàng lọc để phát hiện sớm RNTT, có kiến thức cơ bản về chăm sóc bệnh nhân RNTT và bệnh tâm thần ở tuyến cộng

đồng. Ngoài ra, cần hỗ trợ phát triển các cơ sở chuyên về khám điều trị RNTT làm tốt công tác tư vấn điều trị sử dụng phối hợp 3 phương thức: hóa trị liệu, tâm lý trị liệu và can thiệp thay đổi môi trường sống của bệnh nhân. Nhân đây, tôi muốn nhắc lại khuyến cáo của WHO, rằng với RNTT, phải coi tâm lý trị liệu và can thiệp thay đổi môi trường sống là phương án điều trị chính, căn bản, thuốc chỉ dùng khi thực sự cần thiết. Có như thế, mới khống chế được sự gia tăng RNTT trước áp lực cạnh tranh khốc liệt của nền kinh tế thị trường và toàn cầu hóa.

PV: Xin cảm ơn TS!

Bùi Hà (thực hiện)

Phụ lục 3- Tự tử: hậu quả đáng tiếc của rối nhiễu tâm trí. Báo Giáo Duc & Thời Đại, Số 71 – Ra ngày thứ năm, 15.06.2006, trang 5
http://rtccd.org.vn/Uploaded/administrator/TuTu.pdf

Phụ lục 4- Công tác xã hội trong chăm sóc y tế.

VAI TRÒ CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC Y TẾ

BS.TS. Trần Tuấn
Trung tâm Nghiên cứu & Đào tạo Phát triển Cộng đồng
(Liên hiệp các Hội Khoa học và Kỹ thuật Việt Nam)
Email: trantuanrtccd@gmail.com

(Bài viết phục vụ hội thảo "PHÁT TRIỂN CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG LĨNH VỰC Y TẾ, do Bộ Y Tế & UNICEF tổ chức tại Hà Nội, ngày 6 tháng 7/2010. Được sử dụng làm tài liệu của các hội thảo:

(1) "*Đại Biểu Dân Cử khu vực phía Nam với chính sách về y tế*" do Ủy Ban các Vấn Đề Xã Hội, Quốc Hội khóa XII & VUSTA tổ chức tại tp Hồ Chí Minh 6/8/2010.
(2) "hội nghị triển khai đề án phát triển nghề công tác xã hội", do Bộ LĐTBXH-Atlantic Philanthropies-UNICEF tổ chức tại thành phố Hạ Long, 9-10/9/2010;
(3) *"hội thảo phát triển đề án công tác xã hội trong lĩnh vực y tế"* do Bộ Y Tế-UNICEF tổ chức tại tp Hồ Chí Minh 9/11/2011, và
(4) *"hội nghị tập huấn lập kế hoạch thực hiện đề án 32 và 1215 giai đoạn 2012-2015,* do Bộ LĐTBXH-UNICEF tổ chức tại thành phố Vũng Tàu, 27-28/2/2012).

Tham luận này đề cập đến những câu hỏi dưới đây:

1. Hiểu thế nào về CTXH trong chăm sóc y tế?
2. Kiến thức, kỹ năng, thái độ gì đặc trưng cho loại hình công tác xã hội trong chăm sóc y tế?
3. Phân tích nhu cầu phát triển công tác xã hội với một nhóm đối tượng cụ thể: Rối nhiễu tâm trí
4. Có khuyến cáo gì về mặt chính sách để công tác chăm sóc xã hội trong chăm sóc y tế nói ở Việt Nam được phát triển trong thời gian tới?

1. Công tác xã hội trong chăm sóc y tế

Nói đến chăm sóc y tế, người ta nghĩ ngay đế hoạt động phòng, điều trị bệnh và phục hồi chức năng cho con người, đưa họ trở về với cuộc sỗng đời thường.

Trong mỗi con người chúng ta, thực chất bao gồm "con người tự nhiên"[21] và "con người xã hội". Nếu con người tự nhiên là "có giới hạn", "tĩnh", "trực thị", "thực thể" thì con người xã hội lại rất "phong phú", "động" " hư ảnh" " phần hồn"... tạo nên nét riêng-chung. Sự tồn tại của mỗi chúng ta luôn bao gồm sự vận động của "hai con người" này, thông qua các chức năng sống sinh học-xã hội.

Quá trình mắc bệnh thực chất là quá trình tương tác giữa các yếu tố tự nhiên và xã hội đến con người tự nhiên hoặc con người xã hội, hoặc cả hai, dẫn đến mất cân bằng trong chức năng sống sinh học-xã hội. Bệnh tật ảnh hưởng đến "con người tự nhiên" thể hiện ra bằng sự rối loại các chức năng sống sinh học; đến "con người xã hội" ở sự thay đổi đời sống tình cảm, tâm ly, giao tiếp ứng xử, hoạt động trong ngày. Hậu quả làm thay đổi đời sống cá nhân và đời sống xã hội của người bệnh (thường) theo hướng bất lợi.

[21] Sự "giải phẫu đại cương" này phục vụ mục đích phân tích chỉ ra đối tượng của công tác xã hội trong chăm sóc y tế, và phản ánh quan điểm riêng của tác giả

Tùy theo tác nhân gây bệnh, và khả năng chống đỡ, điều chỉnh của cơ thể, mà sự *rối loạn sinh học-xã hội* này được thể hiện ra ở các mức độ khác nhau, cái trội cái lặn, tạo nên sự đa dạng trong biểu hiện bệnh.

Tính "hai trong một", "tuy hai mà một" "tuy một mà hai" này của con người trong tiến trình hình thành, biểu lộ, và diễn biến bệnh tật thường không được nhìn nhận đúng mức trong khoa học y học và trong chăm sóc y tế. Chăm sóc y tế, hiểu theo nghĩa thông thường và trên cơ sở những gì ngành y tế chúng ta đang triển khai chủ yếu nhắm vào "con người tự nhiên". Phần "con người xã hội" chưa được để ý đến. Những rối loạn đời sống tâm ly, tình cảm, ứng xử xã hội trước, trong, và sau thời gian mắc bệnh thường để diễn biến theo tiến trình "tự phục hồi" và sự chăm sóc nếu có, chủ yếu đến từ gia đình và người thân.

Hội thảo *Công tác xã hội trong y tế* đặt mục tiêu gì, nếu không phải là hướng sự thực hành y tế hiện nay đến "con người xã hội" trong tiến trình triển khai hoạt động dự phòng, điều trị, phục hồi chức năng cho người bệnh tại các cơ sở y tế?

Và như thế, vai trò của công tác xã hội trong chăm sóc y tế phải được xem là bộ phận hữu cơ trong hệ thống y tế đương đại, có đối tượng cụ thể, mục tiêu cụ thể, phương pháp tiếp cận đặc thù, và đòi hỏi kiến thức, kỹ năng, thái độ đặc thù cho người thực thi nhiệm vụ này.

2. Kiến thức, kỹ năng, thái độ đặc thù của công tác xã hội trong CSYT

Trong thực hành chăm sóc y tế hiên nay ở Việt Nam, dễ nhận thấy là mọi hoạt động của hệ thống đều tập trung vào chữa chạy "con người tự nhiên". Phần "con người xã hội" bị lãng quên, và nếu có, chủ yếu do người nhà bệnh nhân đảm nhiệm.

Khi coi "con người xã hội" trong người bệnh cũng là đối tượng của chăm sóc y tế,
không khó nhận ra hệ thống đào tạo y bác sĩ, điều dưỡng của Việt Nam đang thiếu hụt phần đào tạo trang bị kiến thức, kỹ năng, thái độ phù hợp để làm việc với "con người xã hội" của người bệnh. Đánh giá "con người xã hội" để phục vụ cho việc chẩn đoán, điều trị bệnh, sử dụng các thủ pháp tâm ly-xã hội để góp phần vào điều trị và tiên lượng bệnh… đã và đang bị bỏ qua trong các cơ sở y tế. Phần lớn những ca thán của xã hội đối với ngành y té, và một phần đáng kể sai sót chuyên môn trong y tế xẩy ra có nguồn gốc từ sự thiếu kiến thức của người nhân viên y tế đối với "con người xã hội" ở mỗi bệnh nhân, dẫn đến không có kỹ năng và thái độ phù hợp đương đầu với tình huống xẩy ra.

Nếu làm việc với "con người tự nhiên" phần "khoa học" là chủ đạo, thì với "con người xã hội" những phán quyết đưa ra lấy tình thương, sự cảm thông, đạo ly.., làm nền tảng hành động.

Nếu giải phẫu, mô học, hóa sinh,vi sinh, chẩn đoán hình ảnh, nội, ngoại, sản nhi, đông y, vệ sinh dịch tễ, tai mũi họng răng hàm mặt[22]…là chủ đạo trong đào tạo người nhân viên y tế có kiến thức và kỹ năng chẩn đoán, điều trị, tiên lượng diễn biến bệnh với "con người từ nhiên" , thì tâm ly học, xã hội học, nhân chủng học, ly thuyết phát triển (cá nhân/gia đình/cộng đồng), luật học, đạo đức học, tâm thần học, y tế công công, tâm ly lâm sàng,,, … lại là chủ đạo trong cung cấp kiến thức, kỹ năng, thái độ cho người nhân viên đương đầu với chăm sóc "con người xã hội" ở bệnh nhân.

[22] Việc liệt kê các môn học nêu trong phần này chỉ để minh chứng cho lập luận đưa ra. Chuyên đề về chương trình đào tạo nhân viên chăm sóc y tế/ nhân viên công tác xã hội sẽ liệt kê đầy đủ hơn.

3. Vai trò của công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần[23]

Trong chăm sóc y tế, có một số nhóm đối tượng cần đến nhiều hơn vai trò của công tác xã hội. Người bệnh tâm thần nằm trong số đó.

Bệnh tâm thần, hay rối nhiễu tâm trí nói chung, phần lớn có nguồn gốc đa yếu tố, tác động chủ yếu vào "con người xã hội", có hậu quả trực tiếp đến đời sống tình cảm, đời sống xã hội của đối tượng, và qua đó tới "con người tự nhiên". Do vậy, người rối nhiễu tâm trí là đối tượng chủ đạo của công tác xã hội trong chăm sóc y tế.

Các nghiên cứu gần đây cho thấy, gánh nặng rối nhiễu tâm trí ở mức phổ biến ở mọi đối tượng, nhất là ở phụ nữ có thai và nuôn con nhỏ. Tỷ lệ lên tới, 29,9% (95%CI: 25,2%-34,7%)[24]

Công tác xã hội trong chăm sóc SKTT là gì, nếu không phải là hoạt động để thúc đẩy các yếu tố tích cực, giảm yếu tố tiêu cực từ môi trường xã hội đến người rối nhiễu tâm trí giúp người bệnh hòa nhập trở lại với đời sống xã hội.

Sẽ rất hạn chế trong chất lượng khám và điều trị bệnh nhân tâm thần, nếu chỉ dừng ở mức trang bi kiến thức, kỹ năng và thái độ cho người bác sĩ chuyên khoa tâm thần như hệ thống đào tạo hiện tại ở các trường y khoa Việt Nam[25]. Đây là nguyên nhân vì sao tại các bệnh viện tâm thần của Việt Nam, điều trị thuốc là chủ yếu, rất ít triển khai tâm ly trị liệu, và gần như không thực hiện trị liệu thông qua tác động môi trường và cộng đồng thay đổi theo hướng có lợi cho công tác chăm sóc sức khỏe người bệnh. Ngay dự án quốc gia *chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng* cũng chủ yếu là hoạt động theo dõi phát thuốc cho bệnh nhân[26].

Nếu không có người làm công tác xã hội, làm sao đội ngũ bác sĩ, điều dưỡng viên trong các bệnh viện làm được việc này? Nếu coi chăm sóc sức khỏe tâm thần phải do cơ sở điều trị tâm thần đảm nhiệm, đến bao giờ mới ra khỏi vòng luẩn quẩn "thiếu thầy, thiếu thuốc!"/

Người được đào tạo nghề công tác xã hội, được cần đến ở tất cả các khâu của tiến trình chăm sóc sức khỏe tâm thần, từ dự phòng, điều trị, đến phục hồi chức năng. Họ tham gia từ tầm vĩ mô- Macro, tổ chức mạng lưới, hoạch định chính sách… đến cụ thể các hoạt động ở tuyến cộng đồng- tầm vi mô. Công tác xã hội cần đến cho người bình thường, thì người rối nhiễu tâm trí lại càng cần quan tâm của xã hội, và do vậy, công tác xã hội càng cần tập trung cho đối tượng này. Để làm tốt, ngoài kiến thức, kỹ năng, thái độ tạo dựng bởi chương trình đào tạo nhân viên công tác xã hội, họ cần được trang bị thêm kiến thức cơ bản về phòng và điều trị sức khỏe tâm thần cộng đồng.

4. Phát triển công tác xã hội trong chăm sóc y tế: bắt đàu từ đâu?

Xuất phát điểm, là nhận thức lại về người bệnh và chăm sóc y tế. Khái niệm "hai trong một"- con người tự nhiên/thực thể và con người xã hội- cần được xem xét sự phù hợp làm chỗ dựa cho sự định hướng nhân viên y tế đến công tác xã hội trong chăm sóc y tế.

---

[23] Phần viết này chỉ nêu một số y chính minh họa cho khái niêm "con người xã hội"; chi tiết về tham luận "công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần ở Việt Nam" xin xem thêm bài của cùng tác giả: "công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần" , Hội thảo phát triển nghề công tác xã hội ở Việt Nam; UNICEF-AP-MOLISA-EU-SC, Đà Nẵng 3-4/11/2009

[24] Fisher & CS (2010). Common perinatal mental disorders in northern Viet Nam: Community prevalence and health care use; WHO Bulletin; Publish on line 16/4/2010.

[25] Bác sĩ chuyên khoa tâm thần hệ chính quy được đào tạo theo hệ bác sĩ đa khoa thông thường, trong đó năm cuối cùng đi chuyên khoa tâm thần và thực hành tại bệnh viện tâm thần.

[26] RTCCD (2008). *Đánh giá dự án chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng tại Hà Nam và Hà Tây.* Báo cáo của Trung tâm Nghiên cứu & Đào tạo Phát triển Cộng đồng (RTCCD) tới Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), 2008.

Việc thực thi công tác xã hội trong chăm sóc y tế đòi hòi sự thay đổi trong hệ thống đào tạo nhân viên y tế, kéo theo sự thay đổi về cơ cấu tổ chức vận hành bộ máy y tế hiện nay.

Để làm cơ sở cho việc hình thành những thay đổi này, cần bắt đầu bằng các nghiên cứu tập trung vào hai mảng ở đó vai trò của công tác xã hội dễ dàng được thừa nhận : (1) Chăm sóc sức khỏe tâm thần, và (2) Chăm sóc giảm nhẹ (Palliative Care), trong đó lấy chất lượng cuộc sống của người bệnh là chỉ số mục tiêu của chăm sóc y tế.
Các bước đi sẽ bao gồm bắt đầu từ nghiên cứu, đến phát triển mô hình thí điểm đổi mới đưa công tác xã hội vào hệ thống chăm sóc y tế, đến hình thành chính sách và hướng dẫn thực thi.
Tiến trình này mất tối thiểu 5 năm, cần quyết tâm chính trị và sự phối hợp đồng bộ, liên ngành trong nước, cũng như hợp tác quốc tế.

Phụ lục 5- Công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm trí

CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN[27]

BS.TS. Trần Tuấn
Trung tâm Nghiên cứu & Đào tạo Phát triển Cộng đồng
(Liên hiệp các Hội Khoa học và Kỹ thuật Việt Nam)
Email: trantuanrtccd@gmail.com

(Bài viết phục vụ Hội Thảo Quốc Tế về Phát Triển Nghề Công tác Xã Hội, do Bộ LĐ-TB_XH, UNICEF, Atlantic Philanthropies Viet Nam tổ chức tại Đà Nẵng, ngày 3-4 tháng 11/2009; được sử dụng làm tài liệu của các hội thảo:

(1) "phát triển công tác xã hội trong lĩnh vực y tế" do Bộ Y Tế-UNICEF tổ chức tại Hà Nội 6/7/2010;
(2) "hội nghị triển khai đề án phát triển nghề công tác xã hội", do Bộ LĐTBXH-Atlantic Philanthropies-UNICEF tổ chức tại thành phố Hạ Long, 9-10/9/2010;
(3) "hội thảo phát triển đề án công tác xã hội trong lĩnh vực y tế" do Bộ Y Tế-UNICEF tổ chức tại tp Hồ Chí Minh 9/11/2011, và
(4) "hội nghị tập huấn lập kế hoạch thực hiện đề án 32 và 1215 giai đoạn 2012-2015, do Bộ LĐTBXH-UNICEF tổ chức tại thành phố Vũng Tàu, 27-28/2/2012)

Bài viết này giúp các hội thảo viên có thêm thông tin làm sáng tỏ bốn câu hỏi:

5. Nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần ở Việt Nam hiện nay ở mức nào?
6. Người làm công tác xã hội tham gia đến đâu trong tiến trình chăm sóc sức khỏe tâm thần?
7. Sự tham gia đó đòi hỏi kiến thức, kỹ năng, thái độ gì đặc trưng cho loại hình công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần?
8. Có khuyến cáo gì về mặt chính sách để công tác chăm sóc xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần ở Việt Nam được phát triển trong thời gian tới?

Nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần ở Việt Nam

Sức khỏe tâm thần

HIểu biết của người dân Việt Nam về sức khỏe tâm thần rất hạn chế, thậm chí rất sai lạc ngay cả trong đội ngũ những người làm công tác y tế. Khi nói đến "**bệnh tâm thần**" đại đa số nghĩ đến đó là những người " *đang nằm điều trị tại các bệnh viên tâm thần... hoặc ở nhà nhưng bạn luôn phải để mắt đến… nguy hiểm, chịu không biết đâu mà nói trước..*" . Đặc điểm chung của những người này là có "…*rối loạn hành vi, nhân cách, ngôn ngữ … gọi chung là nhẹ thì chập cheng, dở hơi, còn nặng là điên…*"; "*..họ đâu có chịu trách nhiệm pháp ly gì… …cần dè chừng… tốt nhất là đưa đến bệnh viện tâm thần*"[28].

[27] Tôn trọng bài viết nguyên bản vào thời điểm trước khi tác giả viết bài vận động dùng thuật ngữ "sức khỏe tâm trí", nên chúng tôi giữ nguyên tiêu đề với "sức khỏe tâm thần".

[28] RTCCD (2008). *Đánh giá dự án chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng tại Hà Nam và Hà Tây.* Báo cáo của Trung tâm Nghiên cứu & Đào tạo Phát triển Cộng đồng (RTCCD) tới Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), 2008.

Chúng ta đâu biết rằng, những người "tâm thần" theo cách hiểu ở trên chỉ chiếm một bộ phận nhỏ, phần nổi của một tảng băng chìm của rối nhiễu tâm trí (mental disorders)- khái niệm hiện đại về bệnh tâm thần[29].

Thực tế, tỷ lệ người dân nói chung bị rối nhiễu tâm trí theo các nghiên cứu do trung tâm Nghiên cứu và Đào tạo Phát triển Cộng đồng (RTCCD) tiến hành từ 2002 đến nay trên nhiều tỉnh thành khác nhau của Việt Nam theo các hợp đồng nghiên cứu với Bộ Y tế, Ủy ban Dân số-Gia đình-Trẻ em, các tổ chức quốc tế như WHO, FHI, VVAF… được tóm tát ở bảng dưới đây::

Địa điểm nghiên cứu	Nhóm đối tượng & cỡ mẫu nghiên cứu	Tỷ lệ
31 xã thuộc 5 tỉnh thành Lào cai, Hưng Yên, Đà Nẵng, Phú Yên, Bến tre (chương trình nghiên cứu Young Lives, 2001-2005)	1000 Trẻ em 8 tuổi	20%
	1000 bà mẹ đang nuôi con nhỏ 6 tháng đến 17 thán tuổi	20%
Đà nẵng và Khánh Hòa (mẫu ngẫu nhiên 900 hộ gia đình cho mỗi tỉnh- VVAF & RTCCD, 2007)	***Khánh hòa:*** 3340 trẻ em 11-17 tuổi	14%
	Đà Nẵng: 3097 trẻ em 11-17 tuổi	15,2%
Hà Nam và Hà Nội (Mẫu ngẫu nhiên 6 xã ở Hà Nam và 4 phường ở Hà Nội; Đại học Melbourne-RTCCD, 2008)	***Hà Nam:*** 234 phụ nữ có thai 3 tháng cuối hoặc mới sinh con trong vòng 2 tháng	33%
	Hà Nội: 364 phụ nữ có thai 3 tháng cuối hoặc mới sinh con trong vòng 2 tháng	22%
Quảng Ninh (mẫu toàn bộ người nhiễm HIV trong diện quản ly của hai phòng khám ngoại trú Vân Đồn và Cẩm Phả; FHI & RTCCD, 2009)	560 nam, 262 nữ	Lo âu: 24% Trầm cảm: 42% Chung: 37%

Chăm sóc sức khỏe tâm thần

Chúng ta có hệ thống bệnh viện tâm thần từ trung ương đến các tỉnh, có dự án quốc gia về chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng[30] (phủ 30% tổng số xã trong cả nước tỉnh đến cuối năm 2006; mục tiêu phủ 100% số xã tính đến hết 2010). Tuy nhiên, khả năng phục vụ chỉ ở mức rất thấp so với nhu cầu thực tế:

- Số điều trị tại các bệnh viện tâm thần tập trung chủ yếu ở nhóm Tâm Thần Phân Liệt hoặc trầm cảm thể nặng, chiếm không quá 10% của tổng số bệnh nhân tâm thần nói chung

[29] Tìm hiểu thêm về khái niệm này, tìm đọc: " *Rối nhiễu tâm trí, Bệnh thời hiện đại?*"- Bộ Y Tế; Sức khỏe và Đời sống, số số 69+70, ra ngày Thứ Năm 03-5-2007.
http://www.suckhoedoisong.vn/details.asp?Object=61236916&news_ID=3539597

…
[30] Ministry of Health Viet Nam and WHO (2006). Workshop on the community-based model of mental health care. Ha Long, 29-30, 2006.

- Số được quản ly bởi dự án chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng (hoạt động chủ yếu là phát thuốc điều trị tại cộng đồng) chỉ cho bệnh nhân tâm thần phân liệt hoặc động kinh (nhóm bệnh được coi là ít gặp trong bệnh tâm thần) đã có hồ sơ đăng ky điều trị tại bệnh viện tâm thần.
- 6 dạng bệnh tâm thần phổ biến nhất mà tổ chức WHO đưa ra có thể điều trị tại cộng đồng đều chưa được triển khai thực hiện
- Phục hồi chức năng đưa người bệnh tâm thần tở lại hòa đồng với xã hội[31] rất yếu và đặc biệt dự phòng bệnh tâm thần, mảng này về cơ bản coi như chưa có.

Quốc tế cũng không giúp Việt Nam nhiều về lĩnh vực này, Ngoại trừ WHO là tổ chức chuyên về y tế, nhưng mức độ giúp cũng nhỏ chủ yếu ở hình thức cung cấp chuyên gia tham gia hội thảo, một số học bổng hàng năm dành cho nguồn nhân lực chủ chốt của ngành tâm thần (thuộc tuyến trung ương, viện, trường đại học) dự các hội nghị quốc tế, tham quan, hoặc hỗ trợ nguồn kinh phí nhỏ cho việc thử nghiệm mô hình mà ngành tâm thần đưa ra nghiên cứu. Khoảng 5 năm trở lại đây, có Atlantic Philanthropies Viet Nam (AP) quan tâm đến lĩnh vực này trong mối quan tâm chung về hệ thống chăm sóc y tế ở Việt Nam. Các tổ chức phi chính phủ nước ngoài rất ít hoạt động trong lĩnh vực này. Vietnam Veterans American Foundation (VVAF) có thể được xem là tổ chức duy nhất ở Việt Nam (với nguồn tài trợ từ AP) có dự án can thiệp về chăm sóc sức khỏe tâm thần tại Khánh Hòa và Đà Nẵng trên phạm vi toàn tỉnh. Hoạt động nghiên cứu và đào tạo nhân lực trong linh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần cũng ít có tổ chức quan tâm. Tình trạng sinh viên Y không chịu đi chuyên khoa tâm thần đã xẩy ra từ trược khi đổi mới, nay chuyển sang nền y tế định hướng thị trường, thì chuyên khoa này có thể nói không qúa là "*bị bỏ quên*".

Khi đát nước bước vào thời kỳ đổi mới, tỏ chức phi chính phủ trong nước hình thành một số tổ chức có chuyên đi vào lĩnh vực này, như trung tâm N-T của nhà văn hóa Nguyễn Khắc Viện[32] chuyên về nghiên cứu và chăm sóc rối tâm ở trẻ em, trung tâm Sao Mai chuyên về chăm sóc trẻ chậm phát triển, và từ 2005 có thêm trung tâm RTCCD với phòng khám TuNa về phòng chống rối nhiễu tâm trí ở bà mẹ và trẻ em. Tuy nhiên, các trung tâm này mới tập trung ở Hà Nội là chủ yếu, và quy mô phục vụ không quá 5000 lượt bệnh nhân/năm.

Về mặt chất lượng điều trị, tại các cơ sở y tế, thuốc là trị liệu chính. Tâm ly trị liệu và can thiệp cộng đồng chưa phát triển, nhất là ở khu vực y tế công.. Đội ngũ chăm sóc sức khỏe tâm thần trong các cơ sở y tế công toàn quốc do khoảng 2000 điều dưỡng (tức y tá) và hộ lý (không có điều dưỡng chuyên khoa tâm thần) và 800 bác sĩ tâm thần (đào tạo theo chương trình y khoa 6 năm trong đó có năm cuối cùng đi chuyên khoa tâm thần, hoặc sau khi tốt nghiệp đại học y, đi thêm chuyên khoa sơ bộ từ 3 tháng đến 1 năm). Số lượng nhân lực tổng cộng của các tổ chức độc lập còn lại hoạt động trong lĩnh vực này không quá 100 người!.

Đào tạo chăm sóc sức khỏe tâm thần ở tuyến ban đầu trong khuôn khổ dự án quốc gia về chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng là sự phổ biến về sử dụng thuốc điều trị tâm thần phân liệt và động kinh tại tuyến xã. Gần đây, có trung tâm RTCCD thực hiện việc dịch tại liệu của WHO về "chăm sóc bênh tâm thần ở tuyến cộng đồng" (2006) và cuốn "nơi không có bác sĩ tâm thần" (2009). RTCCD cũng là nơi thiết kế và triển khai thí điểm các khóa đào tạo về chăm sóc sức khỏe tâm thần ở tuyến ban đầu theo mô hình "quy trình chẩn đoán và điều trị chuẩn" cho tập trung vào hai bệnh trầm cảm, lo âu (hiện đang triển khai tại Vân Đồn, Quảng Ninh phối hợp với FHI).

[31] Có 33 bệnh viện tâm thần do Bộ Y tế quản ly. Ngoài ra, có 18 trung tâm điều dưỡng, phục hồi chức năng cho người tâm thần thuộc diện quản ly của MOLISA tại 17 tỉnh, thành phố.

[32] Trung tâm N-T do nhà Văn hóa Nguyễn Khắc Viện thành lập, từ 1991, có chi nhánh ở một số tỉnh thành trong cả nước như Hà Nam, Huế, tp. Hồ Chí Minh… Nguyễn Khắc Viện mất năm 1998, trừ cơ sở ở Hà Nội còn hoạt động, các cơ sở ở các tỉnh dường như còn tên nhưng không hoạt động

Công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần ở Việt Nam

Có thể nói rằng, công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần ở Việt Nam cho đến trước hội nghị này chưa được đặt ra một cách chính thức. Số được chẩn đoán hoặc tự biết mình có rối nhiễu tâm trí chỉ chiếm không quá 20%. 80% còn lại là không biết mình có bênh và do vậy, hoàn toàn không được chăm sóc theo đúng nghĩa của khái niệm chăm sóc sức khỏe tâm thần! Với những trường hợp biết là có bệnh, việc chăm sóc cơ bản là do tự bệnh nhân và gia đình xử trí theo phương châm "*thì cứ thế biết làm sao, đến đâu thì hay đến đó*… ***Đông Tây Y kết hợp Cúng****!*"[33].

Công tác xã hôi trong chăm sóc sức khỏe tâm thần ở Việt Nam lúc này, cần được xem là bắt đầu từ….*đầu*!

Điều này theo quan điểm của tôi có mặt tích cực của nó. Đó là, nếu không thực sự có kiến thức, kỹ năng, thái độ phù hợp vơi loại hình bệnh này, thì thà chưa làm gì (để tự người nhà, họ sẽ chăm sóc trên nguyên tắc tình thương) còn hơn là để người ngoài can thiệp (thường là can thiệp sai, theo hướng dịch vụ!).

Bệnh tâm thần, hay rối nhiễu tâm trí nói chung, có hậu quá trực tiếp đến đời sống tình cảm, đời sống xã hội của đối tượng. Do vậy, người rối nhiễu tâm trí cũng chính là đối tượng cho công tác xã hội.
Công tác xã hội là gì, nếu không phải là hoạt động để thúc đẩy các yếu tố tích cực, giảm yếu tố tiêu cực từ môi trường xã hội đến người rối nhiễu tâm trí giúp người bệnh hòa nhập trở lại với đời sống xã hội. Nếu không có người làm công tác xã hội, làm sao đội ngũ bác sĩ, điều dưỡng viên trong các bệnh viện làm được việc này? Nếu coi chăm sóc sức khỏe tâm thần phải do cơ sở điều trị tâm thần đảm nhiệm, đến bao giờ mới ra khỏi vòng luẩn quẩn "thiếu thầy, thiếu thuốc!"

Người được đào tạo nghề công tác xã hội, được cần đến ở tất cả các khâu của tiến trình chăm sóc sức khỏe tâm thần, từ dự phòng, điều trị, đến phục hồi chức năng. Họ tham gia từ tầm vĩ mô- Macro, tổ chức mạng lưới, hoạch định chính sách… đến cụ thể các hoạt động ở tuyến cộng đồng- tầm vi mô. Công tác xã hội cần đến cho người bình thường, thì người rối nhiễu tâm trí lại càng cần quan tâm của xã hội, và do vậy, công tác xã hội càng cần tập trung cho đối tượng này. Để làm tốt, họ cần được trang bị thêm kiến thức cơ bản về phòng và điều trị sức khỏe tâm thần cộng đồng.

Để có được đội ngũ công tác xã hội phục vụ tiến trình chăm sóc sức khỏe tâm thần

Việc đầu tiên, là nhận thức được và nhận thức đúng, là xã hội thực sự có nhu cầu rất lớn về phòng chống bệnh tâm thần. Toàn bộ nguồn lực của ngành y tế hiện nay dành cho chăm sóc sức khỏe tâm thần, mới chỉ tập trung vào phần chăm sóc cho không quá 20% tổng số người có nhu cầu, tập trung ở hệ thống bệnh viện điều trị các trường hợp nặng, sử dụng thuốc là chính, và ngay cả với số đối tượng này, chất lượng chăm sóc còn thấp, cách xa so với yêu cầu chuyên môn và mong đợi của xã hội.

Thứ hai, cần nhận thức rằng, công tác xã hội trong chăm sóc sóc sức khỏe tâm thần đòi hỏi kiến thức, kỹ năng đăc thù, xuất phát từ tính đặc thù của bênh tâm thần. Căn nguyên của bênh tâm thần là đa yếu tố, trong đó , yếu tốt môi trường xã hội là quan trong. Tất cả mọi người tham gia, tư hoạch định chính sách vĩ mô đến thực hiện ở cấp vi mô, cần có được kiến thức cơ bản về chăm sóc sức khỏe tâm thần. Phần này, trong xã hội ta không chỉ thiếu, mà còn nhiều định kiến sai, dẫn đến, thiếu niềm tin và chỗ dựa khoa học cho hành động.

[33] RTCCD (2008). *Đánh giá dự án chăm sóc sức khỏe tâm thần dựa vào cộng đồng tại Hà Nam và Hà Tây.* Báo cáo của Trung tâm Nghiên cứu & Đào tạo Phát triển Cộng đồng (RTCCD) tới Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), 2008.

Thứ ba, đề án là một phương án đề xuất giải quyết vấn đề ưu tiên hiện tại phục vụ mục tiêu phát triển. Công tác xã hội có mục tiêu phát triển là đảm bảo công bằng xã hội. Thực hành công bằng xã hội cho người rối nhiễu tâm trí cần luu ý, nhóm đối tượng này là nhóm yếu thế trong xã hội.

Và do vậy, để có được đội ngũ người có nghề công tác xã hội phục vụ tiến trình chăm sóc sức khỏe tâm thần, đề án công tác xã hội cần đưa chăm sóc sức khỏe tâm thần vào làm một mục tiêu chính của công tác xã hội trong lĩnh vực y tế.

Khi khởi đầu một chương trình giải quyết vấn đề xã hội, cần một tầm nhìn đúng, để ròi có niềm tin cho việc triển khai thiết kế và thực hiện đề án trong tương lai.

Phụ lục 6a- Sức khỏe tâm thần, sức khỏe tinh thần, hay sức khỏe tâm trí

PHÁT TRIỂN CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG NGÀNH Y TẾ: BÀN VỀ RỐI NHIỄU TÂM TRÍ VÀ BỆNH TÂM THẦN NÊU TRONG ĐỀ ÁN 1215

BS.TS. Trần Tuấn
Trung tâm Nghiên cứu & Đào tạo Phát triển Cộng đồng
(Liên hiệp các Hội Khoa học và Kỹ thuật Việt Nam)
Email: trantuanrtccd@gmail.com

*(Bài viết phục vụ hội nghị **phát triển đề án Công tác Xã hội trong lĩnh vực Y tế,*** Do Bộ Y Tế & UNICEF tổ chức tại tp Hồ Chí Minh 9/11/2011; được sử dụng làm tài liệu chính trong hội nghị *tập huấn lập kế hoạch thực hiện đề án 32 và 1215 giai đoạn 2012-2015*, do Bộ LĐTBXH-UNICEF tổ chức tại thành phố Vũng Tàu, 27-28/2/2012; là tài liệu chính để phát triển các bài giảng về chủ đề "phụ nữ và chăm sóc sức khỏe tâm trí", do RTCCD thực hiện theo hợp đồng với trung ương hội phụ nữ Việt Nam tháng 5/2012; và bài viết "*Rối Nhiễu Tâm Trí và Định Hướng Hành Động*" của các tác giả Trần Tuấn-Phạm Mạnh Hùng, gửi đăng Tạp Chí Cộng Sản; xem phụ lục 6b).

Giới thiệu

Kể từ hội nghị quốc gia triển khai đề án 32 (Hạ Long, 9-10/9/2010), chỉ trong vòng một năm, đã có sự phát triển mới đáng kể cho lĩnh vực công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần ở nước ta. Đó là sự ra đời đề án 1215 "*trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần, người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2011-2020".* Như vậy, có thể nói việc thực thi đề án 32 "*phát triển nghề công tác xã hội*" đã được cụ thể hóa cho lĩnh vực tâm thần bằng đề án quốc gia 1215 do Bộ Lao Động-Thương Binh-Xã Hội làm chủ đề án, với sự tham gia của các bộ, ngành, trong đó có Bộ Y Tế. Phân tích về đề án 1215 rõ ràng là một việc làm cần thiết cho kế hoạch phát triển công tác xã hội trong ngành y tế nói chung và trong ngành tâm thần nói riêng.

2. Mục tiêu bài viết

Đề án 1215, do Bộ LĐTBXH trình và được Thủ Tướng Chính Phủ duyệt ngày 22/7/2011, ngay trong tiêu đề đã đưa lại một sự mới cho người làm trong ngành tâm thần của Bộ Y Tế. Đó là việc đưa vào đối tượng "người rối nhiễu tâm trí" bên cạnh "người tâm thần" vẫn dùng phổ biến từ trước đến nay. Vậy tại sao lại có sự xuất hiện mới này? Phải chăng đây là hai đối tượng riêng biệt nên cần có thuật ngữ riêng để thể hiện cho đúng? Liệu công tác xã hội và công tác y tế nói chung có khác biết khi áp dụng đối với hai đối tượng này?

Bài viết này cố gắng làm rõ các câu hỏi trên nhằm giúp cho các bên liên quan đến việc triển khai đề án 1215 có được sự hiểu biết thống nhất trước khi đề án được triển khai rộng trên toàn quốc.

3. Tâm thần- Từ dùng đã ổn?

Trong chăm sóc sức khỏe, Bộ Y Tế dùng đến thuật ngữ "**tâm thần**" cho cả hai trạng thái: *bệnh tật* (tiêu cực) và *khỏe mạnh* (tích cực); sự phân biệt các trạng thái này được các từ đi kèm thể hiện: *Bệnh* và *sức khỏe*. Các tài liệu chính thức trong quản ly ngành, tại các cơ sở đào tạo, và tài liệu giáo dục dân chúng, đều được Bộ Y Tế thống nhất dùng *sức khỏe tâm thần* (nửa đi song hành với sức khỏe thực thể) và *bệnh tâm thần* (tình trạng không còn bình thường của sức khỏe tâm thần, cần sự chăm sóc y tế).

Với quốc tế (tiếng Anh), chúng ta gặp các từ: mental health, mental disorders, và mental illness. Như vậy, có thể nói, tương ứng với *mental* trong tiếng Anh, đã được ngành y tế dung cụm từ *tâm thần* trong tiếng Việt.

Tuy nhiên, đại đa số người dân, và ngay cả hệ thống công chức nhà nước trong và ngoài ngành y, trong cuộc sống sinh hoạt hàng ngày, khi nghe nói đến "tâm thần", người ta nghĩ ngay đến bệnh, trạng thái "tiêu cực", không mấy ai nghĩ đến trạng thái "tích cực" như Bộ Y Tế mong muốn. Bằng chứng từ một cuộc điều tra cộng đồng do trung tâm RTCCD thực hiện năm 2007 trong khuôn khổ đánh giá dự án quốc gia về "bảo vệ sức khỏe tâm thần cộng đồng" triển khai tại Hà Nam và Hà Tây, phỏng vấn 146 nhân viên y tế và người dân, họ nghĩ đến gì khi nghe từ "tâm thần"? tuyệt đại đa số đều đưa ra sự liên tưởng đến người có những bất thường về cảm xúc, ngôn ngữ, hành vi…tóm lại là "bệnh". Việc thêm từ "bệnh" trở nên "thừa", trong khi thêm "sức khỏe" không làm thay đổi được sự liên hệ sang trạng thái "không bệnh" của từ "tâm thần".

4, Đi tìm căn nguyên: tâm thần và tinh thần

Ngôn ngữ tiếng Việt rất phong phú, và người thầy dùng ngôn ngữ Việt – Đại thi hào Nguyễn Du- đã chỉ ra cho ta sự khác nhau trong dùng từ để chỉ trạng thái tích cực- tiêu cực của mảng "mental"- cái bên trong, sản phẩm hoạt động của não bộ, làm nên phần hồn của con người. Ông dùng: *Tinh thần* (chỉ trạng thái tích cực) và Tâm thần (chỉ trạng thái tiêu cực).

Đây là đoạn tả vẻ đẹp của chị em Thúy Kiều- trạng thái tích cực (câu 17):

Mai cốt cách, tuyết tinh thần,
Mỗi người một vẻ, mười phân vẹn mười!

Và đây khi tả nội tâm (suy nghĩ, xúc cảm) và sự biểu hiện ra ngoài (lời nói, vẻ mặt, hành vi) của Thúy Kiều, khi đứng bên mộ Đạm Tiên ở trạng thái tiêu cực (câu 101):

"Lại càng mê mẩn tâm thần,
Lại càng đứng lặng tần ngần xót xa"

Chủ tịch Hồ Chí Minh đã có câu nói nổi tiếng khi "định nghĩa" về sức khỏe:

Khí huyết lưu thông, tinh thần thoải mái, vậy là sức khỏe!

Trong xã hội, phổ diễn biến "tinh thần" ở mỗi người được mô tả theo chiều "dương" mà không có "chiều âm"- chẳng hạn người ta nói tinh thần lên cao, xuống thấp, hoặc mất hết tinh thần..., tất cả đều không đưa lại sự liên tưởng đến "bệnh".

Khi đề cập đến trạng thái trung tính của sức khỏe, không nói đến bệnh, các bài viết bên ngoài ngành y, thường gặp nhất bên các ngành xã hội, có xu hướng dùng *sức khỏe tinh thần,* thay cho sức khỏe tâm thần!

Chủ Tịch Hồ Chí Minh trong nhà tù chính quyền Quốc Dân Đảng đã có câu thơ rất hay khi nói về "thân thể và tinh thần" của Người:

Thân thể ở trong lao,
Tinh thần ở ngoài lao!
Muốn nên sự nghiệp lớn,
Tinh thần càng phải cao!

Và như thế, việc người dân hiểu và dùng từ "tâm thần" chỉ trong trường hợp mô tả trạng thái tiêu cực, bệnh, và không hiểu sang nghĩa trung tính của sức khỏe hoặc "khỏe mạnh, tích cực" như ngành y chủ trương, là vấn đề ngôn từ cuộc sống. Việc chờ đợi xã hội vận động theo hướng dùng "***tâm thần***" cho cả hai trạng thái "bệnh- tiêu cực", và "sức khỏe – tích cực" như Bộ Y Tế và ngành tâm thần vẫn dùng, chắc chắn rất khó thành, bởi nghĩa của từ tâm thần trong cuộc sống (trước khi hệ thống y tế Việt Nam có ngành tâm thần!) hàm chứa nội dung "bệnh"!

Phát triển nghề công tác xã hội, giáo dục người dân dự phòng bệnh tâm thần... chắc chắn có liên quan đến việc dùng thuật ngữ chính xác chuyển tải được tình trạng của nửa "mental health" trong mối chúng ta, cả khi "có bệnh" và khi "khỏe mạnh".

5. Tâm thần, tinh thần, và tâm trí

Bên cạnh từ "tinh thần", "tâm thần" nói ở trên dùng liên quan đến sức khỏe (sức khỏe tâm thần, sức khỏe tinh thần), còn có một từ nữa chỉ hoạt động não bộ, cũng dùng nói đến sức khỏe trong thời gian gần đây, đó là **tâm trí** (sức khỏe tâm trí).

Xét ba cặp từ "Tâm thần, tinh thần, tâm trí" chúng ta nhận thấy ngay mỗi cặp từ đều có cái "chung" và cái "riêng". Hộp 1 dưới đây tóm tắt sự giống nhau và khác nhau của ba cặp từ này.

Hộp 1- So sánh các từ tâm thần, tinh thần, và tâm trí (Trần Tuấn, 2011)

- ***Tâm thần -*** *khía cạnh bên trong, mang tính cơ sở, bền vững, liên quan đến hoạt động của não bộ và sử dụng thực tế nghiêng nhiều về bất thường: tâm thần (bệnh); thần sắc bạc nhược, thất thần!*
- ***Tinh thần*** *- Khía cạnh nội lực, ý chí, kết quả của sự điều chỉnh bên trong; liên quan đến hoạt động của não bộ; bản thân từ nằm ở trạng thái xu hướng tích cực. Ngay cả khi ở trang thái không mong muốn cũng không hàm ý bệnh: "Tinh thần lên rất cao"! "Mất tinh thần, hoảng loạn!"*
- ***Tâm trí*** *- Khía cạnh hoạt động, diễn biến trí tuệ, não bộ; từ ẩn chứa trạng thái xu hướng tích cực ngay cả khi thể hiện cho trạng thái không còn bình thường: "Tâm trí để đâu mà làm như thế hở con?"; "rối nhiễu tâm trí!"*

5. Sức khỏe tâm trí, rối nhiễu tâm trí, và bệnh tâm thần

Từ năm 2003, khi tiến hành phân tích mẫu nghiên cứu 2000 bà mẹ có trẻ 1 tuổi và 1000 trẻ độ tuổi học lớp 2, lớp 3 trong khuôn khổ nghiên cứu nghèo khổ trẻ em Young Lives, nhóm nghiên cứu của trung tâm RTCCD gặp phải tình huống kết quả điều tra cho thấy có đến 20% các bà mẹ và 20 % trẻ em có kết quả trả lời mẫu SRQ20 (cho bà mẹ) và SDQ25 (cho trẻ em) thuộc nhóm "không còn bình thường xét về mental health", theo chuẩn quốc tế.

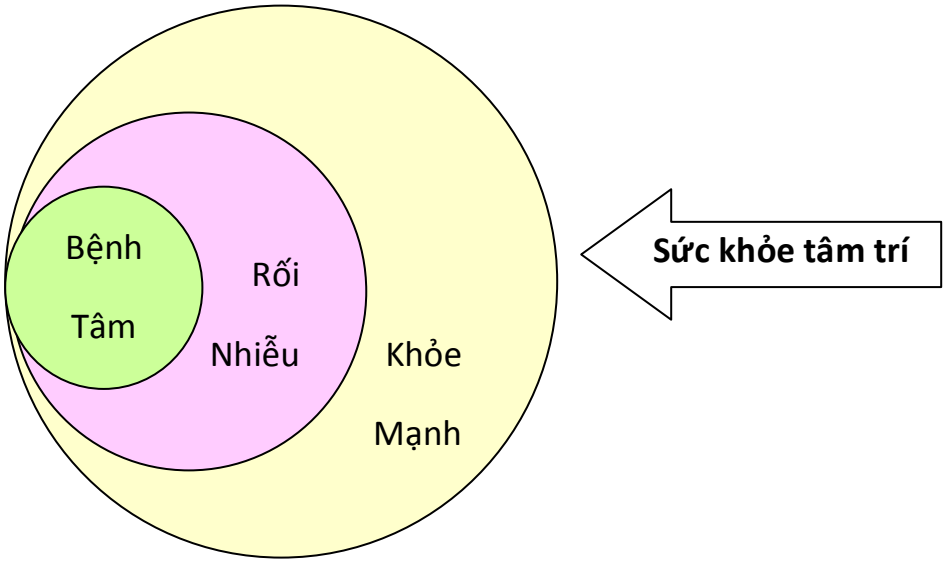
Dùng từ "bệnh tâm thần" để chỉ nhóm đối tượng này không ổn- vì thực tế, tất cả số họ vẫn đang sống và sinh hoạt như người bình thường tại cộng đồng, không ai được nói là có "bệnh tâm thần" trước đó!

Xét với các cụm từ liên quan đến tinh thần hoặc tâm trí, cụm từ "rối nhiễu tâm trí" dùng trong trường hợp này thích hợp hơn cả, được các bên tham gia nghiên cứu và cả cộng đồng nơi điều tra diễn ra chấp nhận.

Điều tra cộng đồng của trung tâm RTCCD năm 2007 cũng chỉ ra, khi nói đến "tâm trí", tất cả đều liên tưởng đến "suy nghĩ; hoạt động của não bộ", chỉ trạng thái tích cực. Khái niệm "sức khỏe tâm trí" thể hiện trạng thái khỏe mạnh, và "rối nhiễu tâm trí" được người dân liên tưởng đến "bệnh" nhưng ở mức độ và trạng thái "tích cực hơn, dễ chấp nhận hơn, nhẹ hơn" so với "bệnh tâm thần".

Như vậy, để có thể mô tả được hết các trạng thái tích cực và tiêu cực của phần "mental" trong chúng ta, liệu có sự phù hợp khi ta đưa "tâm trí" vào sử dung? Hình 1 dưới đây cho thấy điều này là có thể được khi ta dùng: *sức khỏe tâm trí* để chỉ chung về mảng song hành với sức khỏe thực thê của mỗi chúng ta; *rối nhiễu tâm trí* khi nói đến sức khỏe tâm trí ở trạng thái lệch lạc không còn bình thường, và *bệnh tâm thần* ở trạng thái nặng hơn của rối nhiễu tâm trí, bệnh cần can thiệp y tế.

Hình 1- Mô hình giải thích các trạng thái khỏe mạnh (tích cực) và bệnh (tiêu cực) qua việc sử dụng các thuật ngữ sức khỏe tâm trí, rối nhiễu tâm trí, và bệnh tâm thần (Trần Tuấn 2005).



Xét với các cặp từ tiếng Anh: *mental health, mental disorders, mental illness*, lúc này, ta sẽ có các cặp từ tương ứng sau:

- Mental health = *Sức khỏe tâm trí*
- Mental disorders = *Rối nhiễu tâm trí*: tình trạng lệch lạc của sức khỏe tâm trí ra khỏi ngưỡng bình thường, trạng thái bệnh, vẫn còn khả năng tự điều chỉnh trở về bình thường.
- Mental illness = *Bệnh tâm thần*. Tình trạng rối nhiễu tâm trí đã vượt quá khả năng có thể tự điều chỉnh trở về bình thường của bệnh nhân, cần đến sự can thiệp của y tế.

6. Lợi ích của việc chuyển đổi *"sức khỏe tâm thần-bệnh tâm thần"* sang sử dụng *"sức khỏe tâm trí, rối nhiễu tâm trí và bệnh tâm thần"*

Trung tâm RTCCD là cơ sở đi đầu trong việc đưa ra và dùng trong thực tế các thuật ngữ sức khỏe tâm trí, rối nhiễu tâm trí, và bệnh tâm thần theo nghĩa thể hiện ở mô hình 1 trong các bài viết liên quan đến lĩnh vực này, kể từ năm 2003. Trong báo cáo kết quả điều tra Young Lives Việt Nam, gánh nặng mental disorders ở phụ nữ và trẻ em được báo cáo là *"tỷ lệ mắc rối nhiễu tâm trí"*, và chính thức công bố lần đầu tiên tại hội thảo bàn về nghèo khổ trẻ em do ủy ban về các vấn đề xã hội của Quốc Hội tổ chức (9/2004). Tại đây, các đại biểu quốc hội đã chấp nhận thực trạng 20% trẻ em và phụ nữ trong nghiên cứu bị rối nhiễu tâm trí - nguyên nhân tiềm ẩn của nghèo khổ trẻ em- mở đường cho sự quan tâm đến mảng sức khỏe của các đối tượng mà từ trước đó, luôn nằm ngoài diện quan tâm chăm sóc sức khỏe của xã hội nói chung và ngành y tế nói riêng . Sự ra đời của thuật ngữ *rối nhiễu tâm trí* và thông điệp 20% trẻ em đang đi học bị rối nhiễu tâm trí, 20% bà mẹ nuôi con nhỏ bị rối nhiễu tâm trí cần được chăm sóc sức khỏe ngay lập tức nhận được sự hưởng ứng của bên Ủy ban dân số-gia đình & trẻ em. Tháng

3/2005, với sự trợ giúp của UNICEF, vụ Chăm sóc Bảo Vệ Trẻ Em (sau này là Cục CSBVTE của Bộ LĐTBXH) phối hợp với trung tâm RTCCD tổ chức hội thảo bệnh tâm thần ở trẻ em, và thuật ngữ *rối nhiễu tâm trí* được đưa vào trong nghị trình hành động chăm sóc trẻ em của Cuc CSBVTE những năm sau này.

Tháng 5/2007, báo Sức Khỏe & Đời Sống, cơ quan ngôn luận của Bộ Y Tế phỏng vấn nhóm nghiên cứu của trung tâm RTCCD về thuật ngữ rối nhiễu tâm trí với bài viết có tiêu đề *"rối nhiễu tâm trí- bệnh thời hiện đại?".* Hộp 2 tóm tắt mục tiêu và lợi ích của việc sử dụng thuật ngữ rối nhiễu tâm trí trình bày trong cuộc phỏng vấn này. Đồng thời, thuật ngữ sức khỏe tâm trí bắt đầu được dùng song song với sức khỏe tâm thần để tạo sự làm quen dần.

Hộp 2- Rối nhiễu tâm trí sự cần thiết sử dụng và lợi ích đưa lại

PV Bùi Hà*: Hội chứng Rối Nhiễu Tâm Trí (RNTT) có phải là một bệnh mới không thưa TS?*

TS. BS. Trần Tuấn: *RNTT biểu hiện sự lệch lạc về sức khỏe tâm thần, đây không phải là bệnh mới, nói đúng hơn, đó là sự nhìn nhận mới về tình trạng sức khỏe tâm trí theo hướng dự phòng, điều trị sớm bệnh tâm thần. Từ xưa đến nay, nói đến bệnh tâm thần người ta thường nghĩ ngay đến số ít các bệnh nhân điển hình như tâm thần phân liệt hoặc trầm cảm với những biểu hiện rối loạn rõ về hành vi ứng xử, lời nói, nhân cách… việc điều trị thường phải tập trung trong các bệnh viện chuyên khoa tâm thần. Khi dùng "rối nhiễu tâm trí" người ta đề cập đến một tình trạng chung có biểu hiện lệch lạc về sức khỏe tâm thần trong một thời gian đủ dài vượt khỏi sự tự điều chỉnh trở lại cân bằng của cơ thể và cần phải có sự can thiệp chuyên môn để tránh vòng xoắn rối nhiễu nặng dần dẫn đến các tổn thương khó hồi phục. Với RNTT, việc phát hiệ và điều trị hoàn toàn có thể thực hiện ở y tế tuyến cơ sở. Chấp nhận sửu dụng khái niệm "rối nhiễu tâm trí" trong chăm sóc y tế dẫn đến xu hướng thu hẹp các bệnh viên chuyên khoa tâm thần và đẩy mạnh việc phát hiện sớm và điều trị sớm các bệnh tâm thần phổ biến ở cộng đồng như mệt mỏi, rối loạn giấc ngủ, lo âu, trầm cảm…đồng thời giúp cộng đồng xóa bỏ mặc cảm vốn có về bệnh tâm thần.*

Tiếp theo Cục CSBVTE, cục Bảo Trợ Xã Hội (BTXH) của Bộ LĐTBXH là nơi nhận ra lợi ích của sự chuyển đổi sử dụng thuật ngữ nói trên. Sau nghiên cứu đánh giá hệ thống các trung tâm bảo trợ xã hội dành cho bệnh nhân tâm thần do cục BTXH quản lý, và trong sự đổi mới phát triển nghề công tác xã hội, Bộ LĐTBXH chính thức xác định bên cạnh bệnh nhân tâm thần là đối tượng phục vụ của các trung tâm bảo trợ xã hội tuyến tỉnh, có thêm người rối nhiễu tâm trí là đối tượng phục vụ của các hoạt động ở tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu. Với đề án 1215, thuật ngữ rối nhiễu tâm trí có chỗ đứng chính thức trong ngành tâm thần ở Việt Nam. Tuy nhiên, để *sức khỏe tâm trí* thay thế việc sử dụng *sức khỏe tâm thần,* cần có thêm nhiều sự vận động tích cực nữa, và bài biết này góp một phần cho mục tiêu đó.

Hộp 3 tóm tắt những lợi thế đưa lại từ việc sử dụng các thuật ngữ sức khỏe tâm trí, rối nhiễu tâm trí và bệnh tâm thần trong tiến trình phát triển công tác xã hội trong phòng và điều trị bệnh tâm thần.

Hộp 3- Lợi thế đưa lại từ chuyển đổi "sức khỏe tâm thần, bệnh tâm thần" sang "sức khỏe tâm trí, rối nhiễu tâm trí, bệnh tâm thần".

- *Tạo cho ngành y nói riêng và xã hội nói chung cách nhìn thực tế đầy đủ hơn về phổ của bệnh tâm thần: Bệnh tâm thần là dạng tiến triển nặng của rối nhiễu tâm trí*
- *Là cơ sở để giúp người dân và cán bộ y tế có cách nhìn tích cực cho hoạt động dự phòng bệnh tâm thần, bắt đầu một cách thiết thực bằng phòng chống rối nhiễu tâm trí.*
- *Đưa công tác phòng chống bệnh tâm thần, chăm sóc bệnh nhân tâm thần rời khỏi địa hạt rất đặc thù chuyên môn chỉ có nhân viên y tế chuyên khoa tâm thần mới thực hiện được, trở thành một khu vực đòi hỏi sự tham gia của nhiều bên, đặc biệt bên ngành công tác xã hội và trị liệu tâm lý có chỗ đứng nhiều hơn trong điều trị bệnh tâm thần.*
- *Giúp công tác xã hội, người làm nghề công tác xã hội, có cách nhìn đúng, cụ thể và đầy đủ hơn với nhóm người yếu thế mà họ quan tâm: không chỉ có đối tượng người bệnh tâm thần đã được điều trị tại các bệnh viện chuyên khoa tâm thần, mà mở rộng ra là người rối nhiễu tâm trí*

7. Khuyến cáo

Trong khuôn khổ của hội thảo do Bộ Y Tế tổ chức nhằm phát triển nghề công tác xã hội trong ngành y tế, xét với lĩnh vực tâm thần, đây là thời điểm thuận lợi để tạo sự chuyển đổi và thống nhất sử dụng cụm từ sức khỏe tâm trí thay cho sức khỏe tâm thần, và rối nhiễu tâm trí- bệnh tâm thần để chỉ phổ bệnh tâm thần đi từ mức độ sớm, nhẹ đến nặng, cần can thiệp y tế. Lợi ích cơ bản của việc sử dụng khái niệm sức khỏe tâm trí-rối nhiễu tâm trí-bệnh tâm thần như nêu ở hình 1, là thể hiện được trình tự logic và tư duy ngôn ngữ phù hợp với người Việt trong nhìn nhận sức khỏe và bệnh tâm thần, tạo được chỗ dựa hành động cho quan niệm phòng và kiểm soát bệnh tâm thần ở tuyến cộng đồng, tránh được sự kỳ thị với bệnh tâm thần phổ biến trong xã hội, và giúp hình dung rõ được nhiệm vụ của mỗi ngành liên quan (ngành y, ngành công tác xã hội...), vai trò cá nhân, gia đình, cộng đồng, cơ sở y tế trong chăm sóc sức khỏe tâm trí.

Chấp nhận và thống nhất sử dụng các khái niệm này, sẽ tạo điều kiện thuận lợi cho các bên ngồi lại cùng xây dựng quan điểm về chăm sóc sức khỏe tâm trí, phòng chống rối nhiễu tâm trí và bệnh tâm thần ở Việt Nam- từ đó giúp các bên thiết kế và triển khai thành công đề án 1215 trong phạm vi ngành mình.

Trong thời gian tới, cần đến một hội thảo kỹ thuật bàn về vấn đề chuyển đổi "sức khỏe tâm thần-bệnh tâm thần" sang sử dụng "sức khỏe tâm trí-rối nhiễu tâm trí-bệnh tâm thần" trong toàn hệ thống y tế.

Tài liệu tham khảo

1. Trần Tuấn, Nguyễn Thị Lan, Trudy Harpham và CS (2003). Báo cáo nghiên cứu nghèo khổ trẻ em- Trường hợp Việt Nam. Dự án quốc tế Young Lives. SCF-UK, 2003.
2. Trần Tuấn, Nguyễn Đức An, Jane Fisher và CS. (2005). Báo cáo hội thảo phòng chống bệnh tâm thần ở trẻ em. Vụ CSBVTE (Ủy Ban DS-GĐ-TE)- UNICEF- RTCCD; Hà Nội 16/3/2005.
3. Trần Tuấn, Bùi Hà (2007). Rối nhiễu tâm trí- Bệnh thời hiện đại? ; Báo sức khỏe và đời sống số đặc biệt 69+70, ra ngày thứ năm, 03/05/2007, trang 26, các chương trình mục tiêu quốc gia.
4. Trần Tuấn, Lã Thị Bưởi, Trần Đức Thạch, Nguyễn Thị Thu Trang, Đặng Thị Hải Thơ (2007). Cost-benefit analysis of community-based mental health care model in Ha Tay and Ha Nam provinces. Mission report to WHO Hanoi, 10/2007.
5. Trần Tuấn (2009). Công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần. Tài liệu hội thảo Phát triển Nghề CTXH, Bộ LĐTBXH-UNICEF, Đà Nẵng 3-4/11/2009.
6. Trần Tuấn (2010). Công tác xã hội trong chăm sóc y tế (tài liệu hội thảo Công tác Xã Hội trong Chăm Sóc Y Tế, Bộ Y Tế-UNICEF; Hà Nội 6/7/2010)
7. Trần Tuấn (2010). Chăm sóc sức khỏe tâm thần: cách nhìn mới, hy vọng mới (tài liệu hội thảo Đại biểu Dân cử phía Nam với chính sách y tế; Ủy ban về các vấn đề xã hội, Quốc Hội khóa 12-VUSTA, tp HCM 6/8/2010)
8. Trần Tuấn (2010). Dịch vụ công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần & Phát triển nghề công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần (tài liệu hội thảo "triển khai đề án phát triển nghề công tác xã hội- Đề án 32" do Bộ LĐTBXH-UNICEF tổ chức; Hạ Long 9-10/9/2010).
9. Trần Tuấn (2011). Sức khỏe tâm trí, rối nhiễu tâm trí, và bệnh tâm thần. Bài giảng khóa đào tạo thiết lập dịch vụ phòng chống rối nhiễu tâm trí tại các phòng khám dành cho người nhiễm HIV huyện Đông Anh (Hà Nội) và quận 1, quận 10 (tp HCM); tháng 5-10, 2011. Dự án hợp tác RTCCD-FHI, 2011-2012

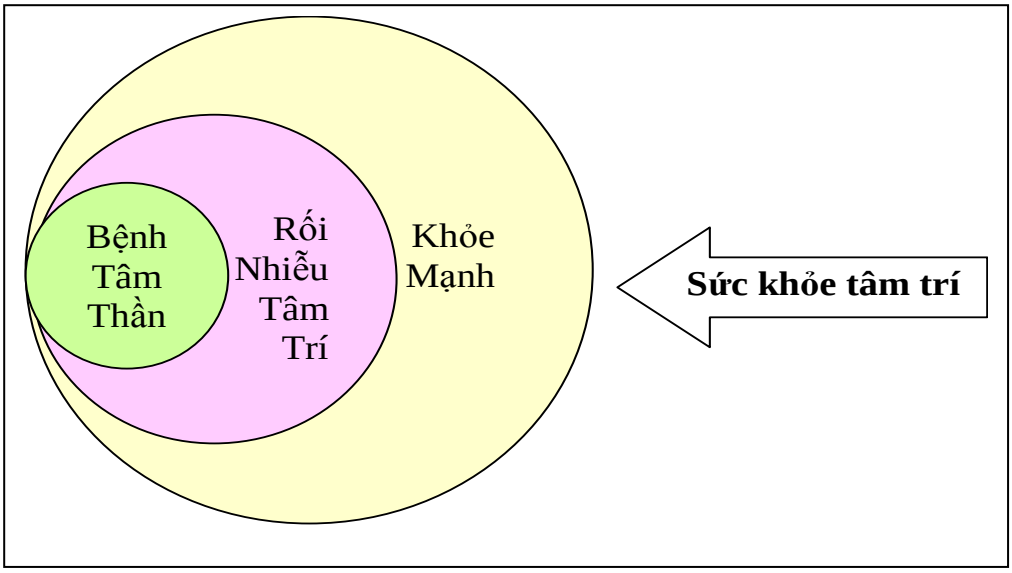
Phụ lục 6b- Sức khỏe tâm trí, rối nhiễu tâm trí & bệnh tâm thần

RÔI NHIỄU TÂM TRÍ VÀ ĐỊNH HƯỚNG HÀNH ĐÔNG

BS.TS. Trần Tuấn[34] - GS.TSKH Phạm Mạnh Hùng[35]

Rối nhiễu tâm trí được đề cập đến trong khoảng mươi năm trở lại đây[4]. Thuật ngữ này giúp chúng ta hình dung rõ hơn vấn đề bệnh tâm thần trong khung cảnh thế kỷ 21 Khi nhắc đến "bệnh tâm thần", thường người ta liên tưởng ngay đến những người "đang nằm trong bệnh viện tâm thần" hoặc nếu ở ngoài xã hội, thì đó là những người "chập cheng, dở hơi, điên", cần "để mắt đến", "nguy hiểm". Thực ra, những người "tâm thần" theo cách hiểu này chỉ chiếm một bộ phận nhỏ, là phần nổi của tảng băng chìm rối nhiễu tâm trí - khái niệm hiện đại của bệnh tâm thần[7] (hình 1).

Hình 1- Sức khỏe tâm trí[i], rối nhiễu tâm trí và bệnh tâm thần (Trần Tuấn, 2005)



Rối nhiễu tâm trí, bệnh thời hiện đại?

Thực ra, đây không phải là một "bệnh" mới xuất hiện trong thời gian gần đây như một số y kiến thảo luận. Đúng ra, đây là là một "khái niệm hiện đại" đề cập đến một tình trạng chung có biểu hiện lệch lạc về "sức khỏe tâm trí" trong một thời gian đủ dài, đã vượt khỏi sự tự điều chỉnh trở lại cân bằng của cơ thể và cần đến sự can thiệp chuyên môn để tránh vòng xoắn rối nhiễu nặng dần dẫn đến các tổn thương khó hồi phục. Khác với khái niệm "bệnh tâm thần" cổ điển, rối nhiễu tâm trí đề cập đến số đông hơn, ngoài những trường hợp "bệnh tâm thần" thường thấy trong các bệnh viện chuyên khoa, còn bao gồm cả các trường hợp biểu hiện bệnh mức độ nhẹ hơn không đến chuyên khoa tâm thần, và do vậy, nếu phát hiện và can thiệp sớm, đúng cách, có thể giúp đưa người bệnh trở về cuộc sống sinh hoạt bình thường một cách nhanh chóng. Nói cách khác, rối nhiễu tâm trí là kết quả của cách đề cập dự phòng trong kiểm soát bệnh tâm thần thế kỷ 21.

[34] Trung tâm Nghiên Cứu và Đào Tạo Phát Triển Cộng Đồng (RTCCD), Liên Hiệp các Hội Khoa Học và Kỹ Thuật Việt Nam.
[35] Chủ tịch Tổng Hội Y Học Việt Nam; Cố Vấn Cao Cấp, Ban Tuyên Giáo Trung Ương.

Chấp nhận và sử dụng rối nhiễu tâm trí, sẽ thúc đẩy phát triển các phương pháp sàng lọc phát hiện sớm và điều trị sớm tại cộng đồng, giảm gánh nặng và sự quá tải cho các bệnh viện chuyên khoa hoặc tuyến trên. Đồng thời, giúp cộng đồng xóa bỏ mặc cảm vốn có về bệnh tâm thần, là cơ sở để thực hiện công tác truyền thông ở tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu giúp đẩy mạnh công tác dự phòng, phát hiện sớm và điều trị sớm các bệnh tâm thần phổ biến ở cộng đồng như mệt mỏi, sụt giảm sinh khí, rối nhiễu hành vi, rối loạn giấc ngủ, lo âu, trầm cảm…đang chiếm đến 80% gánh nặng bệnh tâm thần trong xã hội nhưng gần như bỏ lọt hoàn toàn bởi hệ thống bệnh viện tâm thần và dự án tâm thần cộng đồng hiện tại của ngành y tế [3].

Gánh nặng rối nhiễu tâm trí và hậu quả xã hội

tổ chức Y Tế Thế Giới (WHO) cho biết tổng số người rối nhiễu tâm trí trên hành tình tính xét ở bất cứ thời điểm nào trong năm cũng lên tới khoảng 450 triệu người. Chỉ riêng rối nhiễu tâm trí chiếm tới 13% tổng gánh nặng bệnh tật trên toàn cầu [8].

Ở Việt Nam, trong giai đoạn từ 2001-2010, điều tra cộng đồng do trung tâm RTCCD thực hiện ở nhiều nơi, nhiều thời điểm và trên nhiều đối tượng khác nhau, với phương pháp và kỹ thuật đảm bảo yêu cầu khoa học quốc tế, đưa ra các tỷ lệ rối nhiễu tâm trí trong dân chúng dao động quanh 20%. Tỷ lệ cao hơn hẳn ở một số nhóm có nguy cơ cao như phụ nữ nghèo mang thai[1] (33%), hoặc người nhiễm HIV[2] (37%).

Hậu quả rối nhiễu tâm trí không chỉ trực tiếp lên sức khỏe của chính người bệnh như các ván đề bệnh thực thể, mà thường rộng hơn, do hậu quả của rối nhiễu hành vi trong đời sống cộng đồng, và được xem là nguyên nhân trực tiếp của nghèo đói trong xã hội. WHO khuyến cáo, đầu tư kiểm soát rối nhiễu tâm trí, chính là chiến lược giảm nghèo, cải thiện nhân quyền, và phát triển đất nước[9].

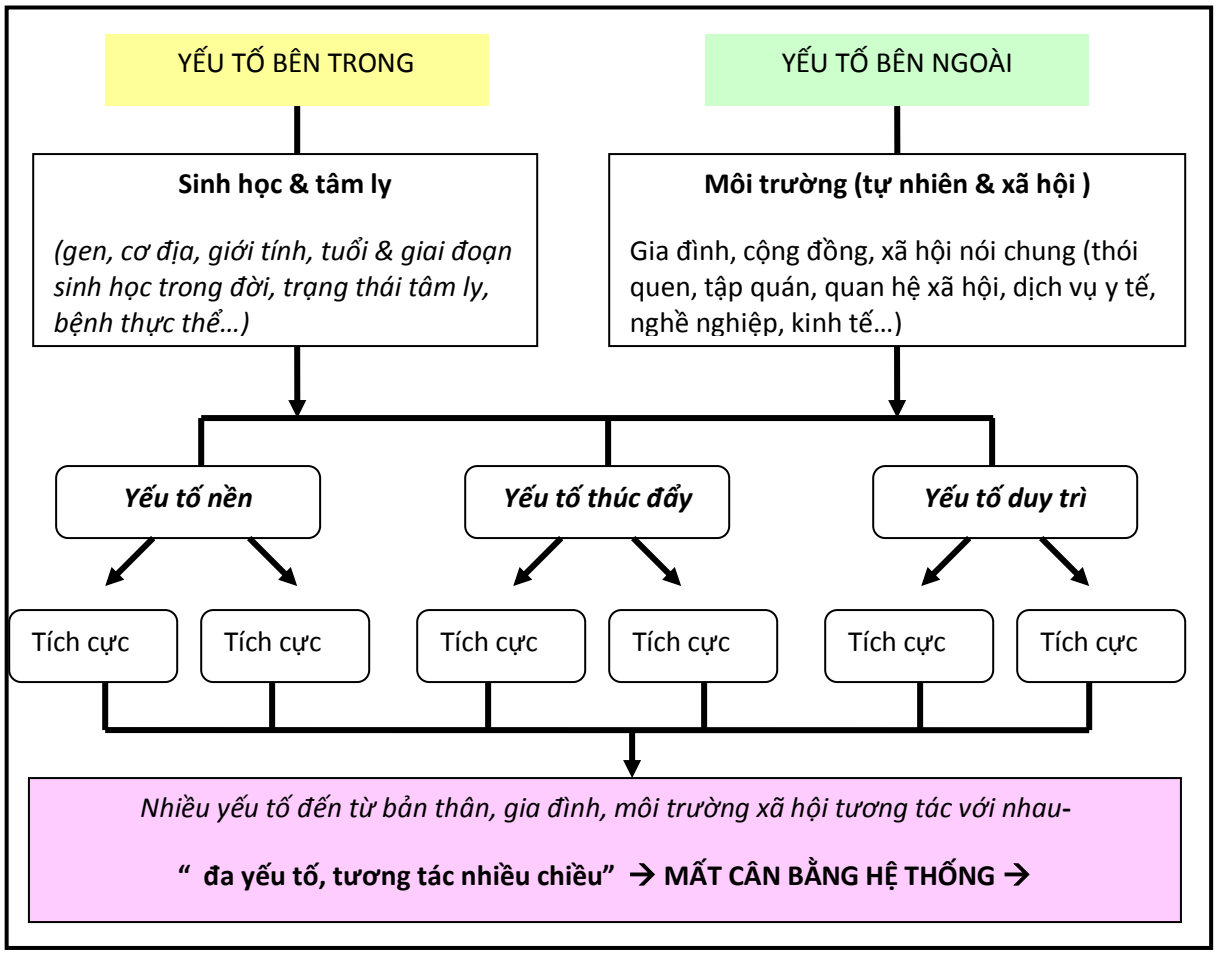
Nguyên nhân và biện pháp kiểm soát

Biểu hiện lệch lạc về sức khỏe tâm trí có thể diễn ra với bất kỳ ai, nhưng số đông cơ thể tự điều chỉnh được hoặc do chính chủng ta nhận ra sự bất thường và tạo ra sự thay đổi thực trạng sớm giúp sức khỏe tâm trí trở lại trạng thái cân bằng nhanh chóng.

Rối nhiễu tâm trí nói chung là hậu quả của sự tương tác của nhiều yếu tố đến từ bên trong (*sinh học, tâm lý*) và bên ngoài môi trường cụ thể mà đối tượng đang sống (*tự nhiên và xã hội*). Mô hình 2 tóm tắt cơ chế tác động của các yếu tố sinh học-tâm lý-môi trường dẫn đến rối nhiễu tâm trí. Theo mô hình này, trong từng nhóm sinh học, tâm lý, môi trường đều có cả yếu tố tích cực và tiêu cực đối với sức khỏe tâm trí của một đối tượng cụ thể. Chúng tác động qua lại với nhau theo cơ chế "*yếu tố nền*"- tạo trạng thái cơ bản ở mỗi đối tượng ; "*yếu tố thúc đẩy*"- xuất hiện tạo lực đẩy phá vỡ tình trạng tâm trí khỏe mạnh - và "*yếu tố duy trì*", giúp duy trì tình trạng lệch lạc về sức khỏe tâm trí trong một thời gian đủ dài, dẫn đến rối nhiễu. Như vậy, Sự rối nhiễu ở đây được hiểu là sự mất cân bằng hệ thống tự điều chỉnh về mặt tâm trí của cơ thể diễn ra trong một thời gian đủ dài khiến cơ thể không tự trở về bình thường được, nếu không có can thiệp giải quyết.

Biện pháp kiểm soát do vậy, đối với mỗi đối tượng cụ thể, là phải phân tích tìm các yếu tố cả tich cực và tiêu cực xét với từng nhóm "nền", "thúc đẩy" và "duy trì". Nguyên tắc dự phòng cũng như điều trị người rối nhiễu tâm trí sẽ là "tăng, thúc đấy yếu tố tích cực", "giảm, cắt bỏ yếu tố tiêu cực" , tạo môi trường thuận lợi theo hướng tích cực cho sức khỏe tâm trí của đối tượng. Như thế, phòng chống rối nhiễu tâm trí là địa hạt cần đến sự hợp tác của nhiều ban ngành, và rộng ra, phải được xã hội hóa theo đúng nghĩa của từ này.

Hình 2- Sơ đồ giải thích rối nhiễu tâm trí (RTCCD, 2012)



Kiểm soát rối nhiễu tâm trí ở Việt Nam

Hệ thống hiện tại thực hiện khám, điều trị và phục hồi chức năng cho bệnh nhân tâm thần do hai bộ Y Tế và Bộ Lao Động-Thương Binh & Xã Hội (LĐTBXH) quản ly và vận hành. Tính đến tháng 12/2011, hệ thống do Bộ Y Tế quản lý, gồm 1 viện Sức Khỏe Tâm Thần, 2 bệnh viện chuyên khoa tâm thần tuyến trung ương, 32 bệnh viện tâm thần tỉnh, 33 khoa tâm thần thuộc bệnh viện đa khoa tỉnh và 33 khoa tâm thần trong trung tâm phòng chống bệnh xã hội cùng với một dự án Chăm Sóc Sức khỏe Tâm Thần Cộng Đồng triển khai ở 70% các xã, với hoạt động chính là trạm y tế xã thực hiện phát thuốc cho những đối tượng bệnh nhân tâm thần phân liệt và động kinh đã có hồ sơ điều trị tại bệnh viện chuyên khoa tỉnh hoặc trung ương. Đối tượng phục vụ của hệ thóng này là tập trung vào điều trị bệnh nhân tâm thần thể vừa vả chủ yếu là nặng (chiếm khoảng 1/5 gánh nặng bệnh tâm thần trong xã hội), thuộc nhóm loạn thần (psychotic disorders).

Bộ LĐTBXH quản lý hệ thống bảo trợ và phục hồi chức năng cho người bệnh tâm thần, bao gồm 17 trung tâm bảo trợ xã hội đi kèm mảng thực hiện chính sách bảo trợ xã hội của Việt Nam cho các đối tượng yếu thế (trong đó có bệnh nhân tâm thần có ở 100% số xã trong cả nước. Hệ thống này phục vụ chủ yếu các đối tượng bệnh nhân tâm thuộc diện chính sách, người lang thang không nơi nương tựa..

Như thế đến lúc này, toàn bộ cả hai hệ thống trên chỉ mới tập trung vào nhóm bệnh nhân nặng, hầu hết là tâm thần phân liệt, và bỏ lọt gần như toàn bộ các bệnh tâm thần phổ biến[3] như trầm cảm, lo âu, rối nhiễu hành vi, sang chấn sau stress…Hoạt động dự phòng về cơ bản chưa tạo được dấu ấn đáng kể trong xã hội. Không có dịch vụ cho các nhóm có nguy cơ cao như phụ nữ mang thai, nuôi con nhỏ, người tàng tật, người mắc bệnh mạn tính và nan y như HIV, suy thận mạn…Toàn bộ hệ thống trường học thiếu hoàn toàn dịch vụ phòng chống rối nhiễu tâm trí cho học sinh.

Từ cơ sở khoa học phòng chống rối nhiễu tâm trí nêu trên, để giảm thiểu gánh nặng rối nhiễu tâm trí trên cộng đồng, cần quán triệt quan điểm và thiết lập các bước hành động một cách khoa học và thực tế.

Đề xuất đổi mới hệ thống

Trước hết, cần thống nhất về quan điểm đổi mới hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần hiện tại của nước nhà theo cách đề cập dự phòng, toàn diện, lồng ghép với công tác xã hội. Chuyển cách gọi "*sức khỏe tâm thần-bệnh tâm thần*" sang "*sức khỏe tâm trí- rối nhiễu tâm trí*" nhằm tạo sự cởi mở xã hội đối với một vấn đề rất dễ rơi vào tình trạng kỳ thị với bất kỳ ai một khi được chẩn đoán "tâm thần". Các bước đi chính lúc này được đề xuất gồm:

1. *Thiết kế điều chỉnh hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm trí dựa trên khoa học phòng chống bệnh tâm thần của thế kỷ 21*

Hệ thống "chăm sóc sức khỏe tâm thần" hiện nay của chúng ta nhìn chung chậm khoảng 50 năm so với trào lưu của thế giới. Nhưng, chính sự tụt hậu này, lại có mặt thuận lợi của nó. Đó là sự cải tổ hệ thống lúc này sẽ được thiết kế dựa trên sự hiểu biết khoa học và kinh nghiệm mới nhất về phòng chống rối nhiễu tâm trí và điều trị phục hồi chức năng cho bệnh nhân tâm thần! *Mô hình các yếu tổ dẫn đến hình thành bênh tâm thần trong thế kỷ 21* phải được lấy làm cơ sở để cấu trúc hệ thống đưa đến hình thành dịch vụ phòng, phát hiện sớm, điều trị sớm, phục hồi kịp thời, và để có được sự hoạt động đồng bộ giữa y học lâm sàng và công tác xã hội; giữa các bộ ngành liên quan (chủ yếu hai bộ Y Tế và LĐTBXH); giữa hệ thống nhà nước (chính thức) và hệ thống ngoài nhà nước (không chính thức); giữa bệnh nhân-gia đình-nhân viên công tác xã hội-nhân viên chuyên môn y tế; tất cả đều có chung mục tiêu: Đối tượng cần chăm sóc sức khỏe tâm trí!

Thiếu thiết kế điều chỉnh hệ thống, chưa tạo ra được khung pháp ly và "*phần mềm*" quản ly hệ thống ngay từ bây giờ, sẽ rơi vào xu hướng càng đầu tư, càng mất liên kết hệ thống (Fregmented).

2. *Tài liệu cơ bản về chăm sóc sức khỏe tâm trí*

Cần có ngay các tài liệu viết về chăm sóc sức khỏe tâm trí ở tuyến ban đầu, bao gồm cả công tác xã hội, mô hình chăm sóc gia đình và tự phòng chống rối nhiễu tâm trí - loại sách tạo nền tảng cơ bản cho định hướng hành động, cả ở cấp độ vĩ mô, vi mô, gia đình, và cá nhân. Yêu cầu cơ bản đối với loại sách này, là tư tưởng xuyên suốt cuốn sách được đinh hình bởi mô hình sức khỏe sinh thái làm cơ sở cho phòng chống rối nhiễu tâm trí và điều trị, phục hồi chức năng bệnh nhân tâm thần.

3. *Ưu tiên thúc đẩy các đánh giá, nghiên cứu khoa học định hướng chính sách chăm sóc sức khỏe tâm trí và phát triển công tác xã hội*

Các nghiên cứu định hướng chính sách phải được coi là ưu tiên số một để cung cấp bằng chứng khoa học và thực tiễn giúp cho việc hình thành và điều chỉnh chính sách liên quan đến công tác chăm sóc sức khỏe tâm trí. Cần tập trung hỗ trợ thiết kế và triển khai thực hiện các mô hình điểm về chăm sóc sức khỏe tâm trí tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu (huyện, xã). càng sớm càng tốt.

Tóm lại, thông điệp cơ bản của bài viết này là trước thực tế gánh nặng rối nhiễu tâm trí chiếm 1/5 dân số, nguyên nhân trực tiếp duy trì tình trạng nghèo đói, cần một sự định hướng chuyển đổi hệ thống chăm sóc bệnh nhân tâm thần hiện tại sang mô hình phòng chống rối nhiễu tâm trí. Song song với việc xây dựng một chính sách mới phù hợp với hiểu biết khoa học thế kỷ 21, cần thực hiện các mô hình điểm thiết kế dưới dạng nghiên cứu định hướng chính sách để cung cấp bằng chứng khách quan đảm bảo chính sách đề ra phù hợp với tình hình thực tế đất nước.

Tài liệu tham khảo

1. Jane Fisher, Tran Duc Thach; La Thi Buoi; Kelsi Kriitma; Doreen Rosenthal và Tran Tuan (2010). *Common perinatal mental disorders in northern Viet Nam: Community prevalence and healthcare use.* Bulletin of the World Health Organization; 2010;88:737–745; http://www.who.int/bulletin/volumes/88/10/09-067066.pdf
2. RTCCD (2010*). Đánh giá dự án nghiên cứu can thiệp giảm nhẹ cho bệnh nhân nhiễm HIV tại Quảng Ninh*. Báo cáo kết quả điều tra cơ bản trước khi can thiệp; RTCCD-Family Health International (FHI) Hà Nội, 2009.
3. RTCCD-MOLISA (2011). *Đánh giá Thực trạng Hệ thống Chăm sóc Sức khỏe Tâm thần thuộc quản lý của Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội*; Báo cáo nghiên cứu, Cục Bảo Trợ Xã Hội & văn phòng WHO tại Việt Nam, Hà Nội 2011
4. Trần Tuấn (2007). *Rối nhiễu tâm trí- Bệnh thời hiện đại*? Bộ Y Tế, báo sức khỏe & đời sống" số đặc biệt (69-70), trang 26, thứ năm 03/05/2007. (Đăng lại với cùng tiêu đề ngày chủ nhật 10/7/2011: http://suckhoedoisong.vn/20110708093338705p0c63/roi-nhieu-tam-tri-benh-thoi-hien-dai.htm).
5. Trần Tuấn (2009). *Công tác xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần*. Tài liệu hội thảo Phát triển Nghề công tác xã hội, Bộ LĐTBXH-UNICEF, Đà Nẵng 3-4/11/2009.
6. Trần Tuấn (2010). *Chăm sóc sức khỏe tâm thần: cách nhìn mới, hy vọng mới.* Tài liệu hội thảo Đại biểu Dân cử phía Nam với chính sách y tế; Ủy ban về các vấn đề xã hội, Quốc Hội khóa 12-Liên Hiệp các hội KH&KT Việt Nam, tp HCM 6/8/2010.
7. Trần Tuấn (2012). *Bàn về rối nhiễu tâm trí và bệnh tâm thần trong đề án 1215.* Tài liệu hội thảo triển khai đề án 32 và 1215 tại Vũng Tàu, 27-28/2/2012. Bộ LĐTBXH & UNICEF, 2012.
8. WHO (2009). *Improving health systems and services for mental health*. Word Health Organization, Geneva 2009. Chapter 1- Introduction; page 2.
9. WHO (2010). *Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. World Health Organization Geneva; access from: http://www.who.int/mental_health/policy/development/en/index.html

Phụ lục 7- From Research to policy: Mental health care in Vietnam; Trudy Harpham and Tran Tuan Bulletin of the World Health Organization; August 2006; Volume 84, No.8.
http://www.who.int/bulletin/volumes/84/8/05-027789.pdf