

ĐÁNH GIÁ CÁC MÔ HÌNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN

PHÁT TRIỂN BỞI CÁC TỔ CHỨC
PHI CHÍNH PHỦ Ở VIỆT NAM



Hà Nội, Tháng 12-2011



MỤC LỤC

TÓM TẮT	5
1 GIỚI THIỆU	8
2 MỤC TIÊU	9
3 CÁC ĐỊNH NGHĨA ĐƯỢC SỬ DỤNG	10
3.1. Tổ chức phi chính phủ?.....	10
3.2. Mô hình CSSKTT do các NGO vận hành	10
3.3. Khái niệm về CSSKTT.....	10
4 PHƯƠNG PHÁP ĐÁNH GIÁ.....	11
4.1. Tiêu chuẩn chọn tổ chức	11
4.2. Mẫu nghiên cứu và phương pháp thu thập thông tin.....	11
4.3 Tổ chức nghiên cứu	12
4.4. Phân tích kết quả.....	12
5 KẾT QUẢ VÀ THẢO LUẬN.....	13
5.1. Tổng quan thực trạng tham gia cung cấp dịch vụ CSSKTT của các NGO	13
5.2. Một số mô hình tiêu biểu.....	20
5.3. Đánh giá các mô hình của các NGO vận hành theo phân tích SWOT	21
6 KẾT LUẬN.....	22
7 KHUYẾN CÁO	24
8 TÀI LIỆU THAM KHẢO	25

Các Bảng

Bảng 1. Tóm tắt kết quả chọn mẫu nghiên cứu	12
Bảng 2. Các NGO tham gia hoạt động CSSKTT & đối tượng phục vụ của các mô hình này	15
Bảng 3. Hạ tầng cơ sở, nhân lực, tài chính và khả năng hoạt động độc lập của các NGO tham gia CSSKTT tại Việt Nam	18
Bảng 4. Tóm tắt điểm mạnh, điểm yếu, cơ hội và thách thức đặt ra với các NGO tham gia chăm sóc sức khỏe tâm thần tại Việt Nam	21

Các Phụ lục

Phụ lục 1. Mô hình lý tưởng cấu trúc hệ thống cung cấp dịch vụ CSSKTT do WHO khuyến cáo	26
Phụ lục 2. Các công cụ thu thập thông tin	27
Phụ lục 3. Dưỡng Sinh TuNa phòng và điều trị RNTT	33
Phụ lục 4. Trình tự tiếp cận lâm sàng trong chẩn đoán và điều trị các bệnh tâm thần phổ biến của phòng khám TuNa	34
Phụ lục 5. Mô hình dịch vụ CSSKTT tích hợp vào phòng khám ngoại trú cho người nhiễm HIV/AIDS tại Vân Đồn (Quảng Ninh)	36
Phụ lục 6. Mô hình chăm sóc và giáo dục trẻ thiếu năng trí tuệ của trung tâm Sao Mai	37
Phụ lục 7. Mô hình hệ thống CSSKTT tuyến tỉnh theo hướng dựa vào cộng đồng của VVAF-SYT Đà Nẵng-Khánh Hòa	39

CÁC CHỮ VIẾT TẮT

AP	<i>Atlantic Philanthropies</i> Quỹ từ thiện Atlantic
BLĐTBXH	Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội
BTXH	Bảo trợ xã hội
BYT	Bộ Y tế
CSSKTT	Chăm sóc sức khỏe tâm thần
INGO	<i>International Non-governmental Organization</i> Các tổ chức phi chính phủ quốc tế
FHI	<i>Family Health International</i> Tổ chức Sức khỏe Gia đình Quốc tế Mỹ
LFA	<i>Logical Framework Analysis</i> Phân tích theo khung logic
NGO	<i>Non-governmental Organization</i> Tổ chức phi chính phủ
PHCN	Phục hồi chức năng
RNTT	Rối nhiễu tâm trí
RTCCD	<i>Research and Training Centre for Community Development</i> Trung tâm Nghiên cứu và Đào tạo Phát triển Cộng đồng
SWOT	<i>Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats</i> Phân tích điểm mạnh, điểm yếu, cơ hội, và thử thách
VNGO	<i>Vietnam Non-governmental Organization</i> Các tổ chức phi chính phủ trong nước
VUSTA	<i>Vietnam Union of Science and Technology Associations</i> Liên hiệp các Hội Khoa học và Kỹ thuật Việt Nam
VVAF	<i>Vietnam Veterans of America Foundation</i> Quỹ Cựu Chiến binh Mỹ tại Việt Nam

GIỚI THIỆU. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu tìm hiểu các mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần (CSSKTT) được thiết kế và triển khai bởi các tổ chức phi chính phủ - bao gồm cả các tổ chức phi chính phủ trong nước và quốc tế (gọi chung là NGO) đang hoạt động tại Việt Nam. Các câu hỏi chính được làm sáng tỏ bao gồm: Quy mô của các dịch vụ CSSKTT và phục hồi chức năng (PHCN) cho người bệnh tâm thần do các NGO cung cấp lớn đến đâu? Cụ thể gồm những dịch vụ gì? Chất lượng ra sao? Tính bền vững của các dịch vụ này? Và những bài học rút ra cho Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội (BLĐTBXH) nhằm phục vụ cho tiến trình phát triển đề án quốc gia về củng cố hệ thống bảo trợ xã hội (BTXH) và chăm sóc người bệnh tâm thần dựa vào cộng đồng trong thời gian 2011-2020, trong đó có chú trọng tới các dịch vụ đặc thù cho đối tượng trẻ em.

PHƯƠNG PHÁP. Nghiên cứu được thiết kế trong khuôn khổ đề tài cấp Bộ do hội đồng khoa học BLĐTBXH phê duyệt và được triển khai phối hợp giữa Cục BTXH (BLĐTBXH) và 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). Mẫu nghiên cứu được chọn qua các bước sàng lọc từ 80 tổ chức, xác định ra 7 tổ chức có dịch vụ CSSKTT, trong đó có 6 tổ chức đạt tiêu chuẩn có mô hình cung cấp dịch vụ CSSKTT ở Việt Nam. Sử dụng cách tiếp cận hợp tác nghiên cứu, các nghiên cứu viên đã phối hợp với lãnh đạo các tổ chức thu thập thông tin từ hệ thống quản lý thường xuyên, từ các cuộc phỏng vấn sâu cán bộ thực thi, đối tượng sử dụng dịch vụ, và từ báo cáo của lãnh đạo NGO thông qua việc hoàn thành phiếu lượng giá hoạt động của tổ chức. Các mô hình được phân tích theo trình tự phân tích LOGFRAME và phân tích SWOT. Tuy nhiên, số liệu thu thập được chủ yếu từ kết quả phỏng vấn cá nhân, còn nguồn thông tin từ hệ thống báo cáo của tổ chức hầu như không có, ngay cả với các tổ chức phi chính phủ quốc tế. Hầu hết các tổ chức không cập nhật thường xuyên thông tin hoạt động về mảng CSSKTT trên trang web của tổ chức mình.

KẾT LUẬN. Nghiên cứu đưa ra 10 kết luận thuộc ba mảng: (1) Phạm vi và loại hình dịch vụ do các NGO cung cấp; (2) Tính sáng tạo, sự đáp ứng với nhu cầu thực tế và sự phù hợp với điều kiện của Việt Nam; (3) Chất lượng và khả năng duy trì, phát triển của các dịch vụ do các NGO cung cấp.

Kết luận 1. Có 8% (7/80) các tổ chức NGO được điều tra tham gia vào lĩnh vực CSSKTT, trong đó 6 tổ chức có trụ sở tại Hà Nội, và 1 tại thành phố Hồ Chí Minh. Mặc dù quy mô dịch vụ do các tổ chức này cung cấp còn hạn chế, nhưng lại tương đối đa dạng về loại hình, bao gồm cả nghiên cứu, đào tạo, tư vấn tác động chính sách và can thiệp đổi mới hệ thống CKSSTT theo hướng tập trung vào chăm sóc sức khỏe ban đầu, nhất là dịch vụ chăm sóc bệnh nhân ngoại trú và đối tượng mắc rối nhiễu tâm trí (RNTT)/bệnh tâm thần (chủ yếu là các dạng bệnh tâm căn-neurotic disorders). Đối tượng chính của dịch vụ CSSKTT của các tổ chức này là trẻ em, phụ nữ có thai, người già, đối tượng bị stress, và người nhiễm HIV.

Kết luận 2. Có điểm khác biệt về loại hình dịch vụ do nhóm các tổ chức NGO quốc tế (INGO) và NGO trong nước (VNGO) cung cấp:

- Chỉ có hai INGO có triển khai hoạt động trong lĩnh vực CSSKTT, và cả hai đều sử dụng cách tiếp cận phát triển dự án phối hợp với địa phương đổi mới hệ thống y tế công nhằm nâng cấp hệ thống chăm sóc sức khỏe tuyến tính. Cả hai đều ở phạm vi thí điểm mô hình, và ở dạng viện trợ không hoàn lại. Mô hình thứ nhất do VVAF triển khai tại Đà Nẵng và Khánh Hòa, nhằm đưa hoạt động CSSKTT tích hợp vào hoạt động y tế xã, tập trung vào các bệnh dưới sự quản lý của chương trình CSSKTT quốc gia (gồm tâm thần phân liệt và động kinh) và một số bệnh phổ biến khác như trầm cảm, lo âu. Mô hình thứ hai do FHI kết hợp với RTCCD triển khai tại Vân Đồn (Quảng Ninh), Đông Anh (Hà Nội), Quận 1 và Quận 10 (TPHCM) nhằm đưa

dịch vụ CSSKTT tích hợp vào phòng khám ngoại trú (OPC) dành cho người nhiễm HIV/AIDS dưới sự quản lý của hệ thống phòng chống HIV/AIDS.

- Bốn tổ chức VNGO đều tạo lập dịch vụ CSSKTT có thu phí cung cấp trực tiếp cho bệnh nhân, chủ yếu là trẻ em, và bao gồm cả tư vấn dự phòng, sàng lọc, điều trị, giáo dục PHCN. Các tổ chức như trung tâm Sao Mai, phòng khám TuNa, còn cung cấp dịch vụ tư vấn cho các tổ chức quốc tế và chính phủ về phát triển dịch vụ CSSKTT. Riêng RTCCD còn phát triển phương pháp Dưỡng sinh TuNa phòng và điều trị RNTT tại tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu. Trung tâm RTCCD cũng là tổ chức VNGO thực hiện các nghiên cứu dịch tễ học xác định gánh nặng bệnh tâm thần trong cộng đồng, tập trung vào phụ nữ và trẻ em, và là tổ chức VNGO chính thực hiện hầu hết các tư vấn phản biện và đánh giá công tác CSSKTT ở Việt Nam trong mười năm qua. Ngoài ra, RTCCD cũng là nơi cung cấp dịch vụ kỹ thuật giúp các tổ chức INGO thực hiện dự án, và là tổ chức NGO chính cung cấp dịch vụ đào tạo thúc đẩy CSSKTT tại tuyến ban đầu ở Việt Nam.

Kết luận 3. Mặc dù còn ở quy mô rất nhỏ, sự năng động và sáng tạo của các tổ chức VNGO trong CSSKTT đã có ảnh hưởng đến sự phát triển hệ thống CSSKTT ở Việt Nam trong những năm qua, đáp ứng trực tiếp các nhu cầu phổ biến và căn bản về CSSKTT của người dân, đặc biệt ở các mảng mà hệ thống y tế công chưa với tới được. Các VNGO cung cấp mô hình can thiệp phù hợp với chiến lược dự phòng, điều trị sớm bệnh tâm thần theo mô hình CSSKTT dựa vào cộng đồng qua việc tập trung vào tư vấn, sàng lọc phát hiện sớm và điều trị RNTT, đặc biệt với các đối tượng phụ nữ mang thai, phụ nữ mới sinh con, trẻ em, người nhiễm HIV/AIDS và giáo dục trẻ thiếu năng trí tuệ.

Kết luận 4. Một số NGO (FHI, VVAF, RTCCD) là nơi có các ấn phẩm khoa học xác định gánh nặng RNTT, bệnh tâm thần, nhu cầu CSSKTT của người dân, và cũng là nơi tích cực thực hiện vận động chính sách đổi mới hệ thống CSSKTT ở Việt Nam theo hướng CSSKTT dựa vào cộng đồng, thúc đẩy các hoạt động xã hội dự phòng, phát hiện và điều trị sớm ở ngay tuyến ban đầu.

Kết luận 5. Hoạt động vận động chính sách được các NGO quan tâm và thực hiện, thông qua tham gia hội thảo ở cả tầm quốc gia và quốc tế, cung cấp tư vấn kỹ thuật cho các cơ quan của nhà nước (bao gồm cả các cơ quan Đảng và Quốc hội) và các tổ chức quốc tế hoạt động tại Việt Nam. Trong thời gian 2005-2010, các tổ chức này đã có trên 20 bài viết xuất bản trong nước và trên các tạp chí chuyên môn quốc tế liên quan đến CSSKTT ở Việt Nam.

Kết luận 6. Trong khi khả năng duy trì hoạt động của các INGO trong lĩnh vực CSSKTT ở Việt Nam phụ thuộc hầu hết vào nguồn tài trợ từ Mỹ (các dự án của VVAF và FHI lấy kinh phí từ AP, USAID), thì nguồn kinh phí duy trì hoạt động của các tổ chức VNGO lại chủ yếu dựa vào phí dịch vụ do người dân chi trả. Riêng hoạt động nghiên cứu của RTCCD dựa chủ yếu vào nguồn kinh phí trực tiếp từ các tổ chức quốc tế, hoặc gián tiếp thông qua các dự án của quốc tế hỗ trợ hệ thống chính phủ.

Kết luận 7. Các VNGO có một số chuyên gia trong nước có chất lượng về lĩnh vực CSSKTT, đặc biệt là về CSSKTT dựa vào cộng đồng. Các chuyên gia đều ở các vị trí chủ chốt của các VNGO, là người hoạch định chiến lược phát triển tổ chức trong lĩnh vực CSSKTT, trực tiếp thực hiện các hoạt động tư vấn, đào tạo và tham gia cung cấp dịch vụ CSSKTT cho người dân. Tuy nhiên, lớp cán bộ kế cận của các tổ chức này vẫn chưa được phát triển cả về mặt số lượng lẫn chất lượng nhằm đáp ứng nhu cầu của chính các tổ chức đó.

Kết luận 8. Hỗ trợ trực tiếp cho NGO tham gia phát triển CSSKTT ở Việt Nam ước tính không quá 5 triệu USD trong 10 năm qua (2000-2010), trong đó, 90% cho INGO thông qua hai dự án của tổ chức VVAF và FHI. Ước tính cũng khoảng 90% của tổng kinh phí này đến từ AP.

Kết luận 9. Tổng kinh phí hỗ trợ trong 10 năm qua cho VNGO phát triển CSSKTT ở Việt Nam ước tính vào khoảng không quá 500 ngàn USD, và 80% trong số đó đến từ AP, trực tiếp cho trung tâm Sao Mai (khoảng 400 ngàn USD) xây dựng hạ tầng cơ sở. 10% còn lại cho các hoạt động tư vấn, hỗ trợ kỹ thuật của các chuyên gia thuộc VNGO, và cho các tổ chức trong nước, quốc tế liên quan đến phát triển CSSKTT ở Việt Nam.

Kết luận 10. Đã có sự nhìn nhận của quốc tế và chính phủ Việt Nam về vai trò của VNGO đối với sự phát triển CSSKTT tại Việt Nam, tuy nhiên mới ở mức sử dụng tư vấn kỹ thuật và tập trung vào một số chuyên gia đang công tác tại VNGO. Chưa có một chính sách hoặc một bài viết nào định hướng cho sự phát triển mảng dịch vụ CSSKTT do các tổ chức VNGO cung cấp nói riêng, và rộng ra bởi các NGO nói chung, đang triển khai ở Việt Nam.

KHUYẾN CÁO. Nghiên cứu đưa ra 5 khuyến cáo chính sách phát triển CSSKTT ở Việt Nam, trong đó có 2 khuyến cáo đặc thù cho mảng CSSKTT trẻ em và sự phát triển đề án BTXH cho người bệnh tâm thần của BLĐTBXH.

Khuyến cáo 1. Các tổ chức NGO, đặc biệt VNGO, đang là một bộ phận hoạt động có ý nghĩa thiết thực đóng góp vào sự cải thiện chất lượng CSSKTT tại Việt Nam ở cả cấp độ vĩ mô và vi mô. Nhóm nghiên cứu khuyến cáo tổ chức hội thảo khoa học quốc gia để xác định những đóng góp của các NGO vào sự phát triển CSSKTT tại Việt Nam, và rút ra các bài học định hướng chính sách.

Khuyến cáo 2. Các hoạt động của VNGO tập trung ở hai mảng: cung cấp dịch vụ CSSKTT ban đầu cho các đối tượng, và mảng CSSKTT/giáo dục PHCN cho trẻ mắc RNTT. Mô hình của trung tâm Sao Mai và phòng khám TuNa là điển hình cho các hoạt động đáp ứng nhu cầu thực tế của người dân của NGO. Các tổ chức này đang cung cấp bằng chứng thực tiễn về phương pháp tổ chức và duy trì dịch vụ chăm sóc ngoại trú, đặc biệt với đối tượng trẻ em. Việc hỗ trợ để các tổ chức này tổng kết một cách khoa học về cách thức tổ chức, vận hành và duy trì dịch vụ đáp ứng nhu cầu của xã hội sẽ giúp chính phủ và các tổ chức quốc tế có được tư liệu tham khảo tốt cho tiến trình phát triển chính sách CSSKTT ban đầu nói chung, và đặc biệt cho trẻ em nói riêng, ở Việt Nam.

Khuyến cáo 3. VNGO đang là nơi cung cấp tư vấn kỹ thuật tạo lập dịch vụ CSSKTT ban đầu và PHCN cho người bệnh tâm thần, bao gồm cả việc thiết kế thực hiện các nghiên cứu phát hiện nhu cầu cộng đồng, thiết kế và thực hiện các khóa đào tạo xây dựng dịch vụ CSSKTT ở tuyến ban đầu, thực hiện giám sát, hỗ trợ kỹ thuật tại chỗ (dạng cầm tay chỉ việc) giúp nâng cao chất lượng dịch vụ CSSKTT một cách hiệu quả. Tuy nhiên nguồn lực này tập trung chủ yếu ở Hà Nội. Đã đến lúc cần xem NGO, và đặc biệt VNGO, là một nguồn lực CSSKTT ở Việt Nam để có chính sách phát triển nguồn lực này ra phạm vi toàn quốc.

Khuyến cáo 4. Dịch vụ CSSKTT do VNGO cung cấp đã có chỗ đứng trong xã hội, tuy nhiên chưa được chính phủ và các tổ chức viện trợ quốc tế để ý đến trong tiến trình phát triển chính sách chăm sóc sức khỏe nói chung và CSSKTT nói riêng cho Việt Nam. Bản thân các tổ chức này cũng chưa thu hút được nguồn lực cán bộ để mở rộng hoạt động của mình đáp ứng với nhu cầu xã hội, và nguồn chuyên gia của họ bị phân tán bởi các hoạt động tư vấn phục vụ dự án của các INGO hoặc chính phủ. Đã đến lúc các nhà hoạch định chính sách phát triển CSSKTT ở Việt Nam phải luôn xem đây là bộ phận không thể bỏ qua. Việc phát triển mô hình “Chính phủ đầu tư, VNGO quản lý và thực hiện” đáp ứng nhu cầu của người dân, hoặc viện trợ trực tiếp từ tổ chức quốc tế đến VNGO cần phải được xem là ưu tiên trong thời gian tới.

Khuyến cáo 5. Đề án phát triển hệ thống BTXH cho người bệnh tâm thần của BLĐTBXH, hoặc các đề án CSSKTT dựa vào cộng đồng của chính phủ trong thời gian tới cần được thiết kế theo hướng sử dụng dịch vụ có sẵn (cả về nghiên cứu, đào tạo lẫn triển khai mô hình) của các VNGO, hoặc có chiến lược áp dụng và nhân rộng mô hình của VNGO, chẳng hạn với mô hình CSSKTT dựa vào cộng đồng của RTCCD, phương pháp Dưỡng sinh TuNa trong dự phòng, điều trị, PHCN cho người bệnh tâm thần, và các mô hình CSSKTT thiết kế cho các đối tượng yếu thế khác như trẻ em, phụ nữ có thai và nuôi con nhỏ, người nhiễm HIV, người già. BLĐTBXH cần xem các VNGO là đối tác chiến lược trong phát triển hệ thống BTXH và chăm sóc sức khỏe cho người bệnh tâm thần dựa vào cộng đồng.

1. GIỚI THIỆU

Để củng cố và hoàn thiện hệ thống bảo trợ chăm sóc người bệnh tâm thần theo mục tiêu “chất lượng, hiệu quả và công bằng”, BLĐTBXH hợp tác với Quỹ Nhi đồng Liên Hợp quốc (UNICEF) và Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) phát triển chương trình hành động cụ thể cho giai đoạn 2011-2015. Bước đầu tiên để phát triển chương trình hành động là phải trả lời câu hỏi “chương trình này nên chú trọng cải thiện và mở rộng mạng lưới các trung tâm BTXH hay chú trọng vào phát triển hệ thống điều trị, chăm sóc và PHCN dựa vào cộng đồng cho các bệnh nhân tâm thần”. Với sự thống nhất giữa BLĐTBXH-WHO-UNICEF, Cục BTXH trực thuộc BLĐTBXH đã hợp tác với tổ chức nghiên cứu y tế độc lập - Trung tâm RTCCD để thực hiện nghiên cứu này.

Bắt đầu từ thời kì đổi mới năm 1986, đặc biệt là 19 năm trở lại đây, chính phủ đã chú trọng thực hiện công tác xã hội hoá trong y tế, trong đó các tổ chức xã hội và tổ chức NGO tại Việt Nam có thể thực sự tham gia vào thiết kế và thực hiện CSSKTT và PHCN nhằm tìm hiểu nhu cầu cộng đồng về CSSKTT, đặc biệt là đối tượng trẻ em và trẻ vị thành niên. Cùng với sự nhìn nhận vai trò quan trọng của các tổ chức xã hội và NGO, trong quá trình xây dựng hệ thống CSSKTT cộng đồng do BLĐTBXH hoặc BHYT hoặc cả hai vận hành, điều cần quan tâm là tìm hiểu khả năng đóng góp và kinh nghiệm của các NGO trong việc thực hiện công tác CSSKTT và PHCN đáp ứng với nhu cầu của cộng đồng. Với sự hỗ trợ của UNICEF, BLĐTBXH đã thành lập hội đồng nghiên cứu khoa học đề tài cấp Bộ để xét duyệt phương án nghiên cứu đánh giá các mô hình CSSKTT do các tổ chức NGO (cả trong nước và quốc tế) thực hiện tại Việt Nam, đặc biệt là các mô hình CSSKTT trẻ em. UNICEF và BLĐTBXH đồng ý có sự phối hợp kỹ thuật của một tổ chức thuộc VUSTA trong quá trình thiết kế và triển khai nghiên cứu. Trung tâm RTCCD với bề dày nghiên cứu trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, đặc biệt là SKTT, đã được lựa chọn là cơ quan hỗ trợ kỹ thuật cho nghiên cứu.

Báo cáo này mô tả mục tiêu, tiến trình tổ chức thực hiện và kết quả của cuộc đánh giá được thực hiện từ tháng 6-12/2010.

2. MỤC TIÊU

Nghiên cứu được triển khai nhằm đưa ra bức tranh tổng thể về các mô hình/sáng kiến trong CSSKTT và PHCN do các NGO vận hành, đặc biệt là những mô hình CSSKTT cho trẻ em và trẻ vị thành niên. Nghiên cứu được thiết kế để trả lời các câu hỏi sau:

- Những loại hình CSSKTT và PHCN nào đang được các NGO thực hiện tại Việt Nam?
- Các mô hình này được thiết lập và quản lý ra sao?
- Ai là đối tượng được chăm sóc?
- Chất lượng dịch vụ như thế nào?
- Điểm mạnh, điểm yếu, cơ hội và thách thức trong phát triển các loại hình CSSKTT này?
- Những bài học nào cần được rút ra từ việc vận hành các loại hình CSSKTT do các NGO thực hiện tại Việt Nam?
- Những khuyến nghị nào cần được đưa ra cho công tác xây dựng kế hoạch hành động 2011-2015 của BLĐTBXH về phát triển hệ thống CSSKTT và PHCN?

3. CÁC ĐỊNH NGHĨA ĐƯỢC SỬ DỤNG

3.1. Tổ chức phi chính phủ?

Khái niệm Tổ Chức Phi Chính Phủ (NGO) sử dụng trong nghiên cứu này bao gồm cả các NGO quốc tế (INGO) và Việt Nam (VNGO). INGO là các tổ chức đã đăng ký hoạt động tại Việt Nam qua Ban Điều phối Viện trợ Nhân dân (PACCOM). VNGO là các tổ chức được chính phủ Việt Nam xếp vào nhóm các tổ chức xã hội-dân sự hoặc các tổ chức thuộc hội chuyên ngành. Trong nghiên cứu này, định nghĩa thực hành về VNGO được chọn là các tổ chức thành lập (đa phần mới được thành lập sau Đổi Mới) theo nghị định 35 của chính phủ (cho các cơ quan nghiên cứu), hoặc nghị định 81 hoặc 88 của Bộ Nội vụ (cho các tổ chức xã hội-dân sự).

3.2. Mô hình CSSKTT do các NGO vận hành

Mô hình CSSKTT do NGO vận hành được định nghĩa là bất cứ dự án hoặc chương trình nào cung cấp dịch vụ tập trung vào thúc đẩy công tác CSSKTT, dự phòng, điều trị, PHCN ở bất kì cấp độ **cá nhân, gia đình, nhà trường, cộng đồng** hoặc **tổ chức**.

Mô hình các dạng dịch vụ CSSKTT của WHO (WHO 2005) (Phụ lục 1) được sử dụng làm khung phân tích xác định và phân loại các mô hình CSSKTT do NGO vận hành trong điều kiện Việt Nam. Theo khung này, các mô hình CSSKTT của các tổ chức NGO sẽ bao gồm cả những hoạt động hỗ trợ gia đình và cộng đồng thực hiện việc CSSKTT cho bệnh nhân tâm thần, cho đến các hoạt động hỗ trợ chính quyền và nhân dân địa phương thiết lập và vận hành các dịch vụ CSSKTT tại cộng đồng đó, bao gồm việc thành lập các phòng khám CSSKTT hoặc các nhóm/đội chuyên môn thực hiện CSSKTT cộng đồng (ví dụ như thành lập phòng khám CSSKTT).

3.3. Khái niệm về CSSKTT

Nhóm nghiên cứu của trung tâm RTCCD đề nghị sử dụng thuật ngữ “sức khỏe tâm trí” tương ứng với khái niệm quốc tế “mental health”, “RNTT” tương ứng với “mental disorder”, và “bệnh tâm thần” tương ứng với “mental illness”. Tuy nhiên trong báo cáo này, chúng tôi vẫn dùng từ “sức khỏe tâm thần” (mental health) do khái niệm này vẫn đang được BHYT¹ và BLĐTBXH sử dụng. Bên cạnh đó, chúng tôi dùng “RNTT” (mental disorder) như RTCCD đề xuất vì khái niệm này đã được các bên dùng nhiều trong thời gian gần đây.

¹ Cho đến nay, BHYT vẫn dùng các thuật ngữ “SKTT”, “bệnh tâm thần” và “loạn thần” để chỉ các trạng thái tương ứng với “mental health”, “mental illness” và “mental disorder”. Từ 2004, RTCCD đã đưa vào sử dụng khái niệm “sức khỏe tâm trí” để thay cho “SKTT” và “RNTT” để chỉ tình trạng lệch lạc về sức khỏe tâm trí nói chung và “bệnh tâm thần” chỉ những trường hợp RNTT dạng nặng cần sự can thiệp y học.

4. PHƯƠNG PHÁP ĐÁNH GIÁ

4.1. Tiêu chuẩn chọn tổ chức

Tổ chức được xem là “NGO có mô hình/sáng kiến cung cấp dịch vụ CSSKTT tại Việt Nam” được chúng tôi xét khi thỏa mãn hai tiêu chuẩn dưới đây:

- Là NGO có trong danh tập các INGO hoặc VNGO, có đăng ký với Ban Điều phối Viện trợ Nhân dân thuộc Liên hiệp các Tổ chức Hữu nghị Việt Nam. Nếu là tổ chức trong nước thì thường nằm trong hệ thống của VUSTA hoặc các tổ chức xã hội-dân sự như Hội Phụ nữ, Đoàn Thanh niên, Hội Cựu Chiến binh.
- Tổ chức đứng ra thiết kế và triển khai hoạt động liên quan đến nghiên cứu, đào tạo, tư vấn dự phòng điều trị hoặc PHCN chăm sóc sức khỏe tâm trí/kiểm soát bệnh tâm thần) trực tiếp cho các cá nhân có nhu cầu hoặc là tổ chức có nhu cầu củng cố hệ thống CSSKTT ở Việt Nam.

Các tổ chức mà hình thức hoạt động như nêu dưới đây không được tính là NGO có mô hình/sáng kiến CSSKTT ở Việt Nam:

- Các NGO làm thuê vụ việc (chẳng hạn, được một tổ chức quốc tế hoặc trong nước điều tra đánh giá gánh nặng bệnh tâm thần, hoặc thuê đào tạo một, hai khóa học liên quan đến CSSKTT). Kết thúc hợp đồng đó, tổ chức không tự tổ chức hoạt động nào khác liên quan đến CSSKTT.

4.2. Mẫu nghiên cứu và phương pháp thu thập thông tin

Nghiên cứu bắt đầu bằng việc gửi thư điện tử tiếp cận với các NGO, gồm cả tổ chức quốc tế và trong nước, nhằm mục đích sàng lọc các tổ chức đáp ứng được các tiêu chí nêu ở phần 4.1. Để tăng khả năng phát hiện tối đa các NGO có cung cấp dịch vụ CSSKTT, trong nội dung của mẫu phiếu, chúng tôi thiết kế có phần hỏi cụ thể về “Bạn có biết NGO nào đang hoạt động trong lĩnh vực này không? (ghi rõ tên, địa chỉ liên hệ) (câu hỏi 2) (xem phụ lục 2.1). Đồng thời, nhóm nghiên cứu cũng gửi thư lên trung tâm dữ liệu NGO để tăng khả năng tiếp cận tối đa đến các tổ chức. Bên cạnh đó, tại 8 tỉnh có triển khai nghiên cứu đánh giá hệ thống trung tâm BTXH dành cho bệnh nhân tâm thần của BLĐTBXH, nhóm nghiên cứu trực tiếp phỏng vấn bộ phận quản lý các dự án/phòng kế hoạch và bộ phận đối ngoại của Sở Y tế để nhận diện các tổ chức đã và đang triển khai dự án liên quan đến CSSKTT tại tỉnh.

Tổng cộng có 80 tổ chức được tiếp cận và hỏi về sự tham gia (nếu có) trong cung cấp dịch vụ CSSKTT ở Việt Nam (bao gồm cả phỏng vấn 8 Sở Y tế các tỉnh điều tra trong nghiên cứu đánh giá hệ thống trung tâm BTXH cho người bệnh tâm thần của BLĐTBXH). Các tổ chức loại ra khỏi nghiên cứu bao gồm: (1) không đảm bảo tiêu chí 4.1, hoặc (2) tự nhận là NGO nhưng thực tế vận hành hoàn toàn theo loại hình tư nhân (chẳng hạn như Hồn Việt, LMF hay SEFT tại TPHCM, thực chất là cơ sở tư vấn tâm lý, chưa hội đủ các nguyên tắc cơ bản của chăm sóc và điều trị bệnh tâm thần), hoặc (3) là NGO nhưng chỉ tham gia vụ việc ở dạng tư vấn mang tính cá nhân cho tổ chức khác, hoặc (4) mới có ý định nhưng chưa triển khai hoặc chỉ đang trong giai đoạn thăm dò tính khả thi (chẳng hạn như SANGATH (Ấn Độ), Basic Needs (Anh) hay RAND (Mỹ)). Kết quả, còn lại 7 tổ chức, gồm 2 INGO và 5 tổ chức độc lập trong nước được xem là đáp ứng tiêu chí có mô hình triển khai dịch vụ CSSKTT. Đây là nhóm các tổ chức được đưa vào nghiên cứu.

Đối với các tổ chức đưa vào mẫu nghiên cứu, tiến trình thu thập thông tin bao gồm phỏng vấn sâu lãnh đạo, nhân viên triển khai hoạt động, và người sử dụng dịch vụ. Phương pháp hợp tác đánh giá (Participatory Appraisal) sử dụng các bộ câu hỏi (phụ lục 2.2) thiết kế theo khung phân tích SWOT được dùng thống nhất với tất cả các tổ chức. Ngoài ra, nhóm nghiên cứu còn thu thập thông tin ở dạng chính thức gồm các báo cáo hoạt động, báo cáo đánh giá đã được đưa ra trước đó.

Nhìn chung, có 5 tổ chức đáp ứng đầy đủ các yêu cầu phỏng vấn và cung cấp thông tin dạng báo cáo. Hai tổ chức không cung cấp thông tin dạng viết (chỉ trả lời phỏng vấn) bao gồm một VNGO (Trung tâm N-T) và một INGO (VVAf). Kết quả đánh giá chi tiết cho từng tổ chức được nêu ở Phụ lục 6 và 7.

Bảng 1. Tóm tắt kết quả chọn mẫu nghiên cứu

	Số tổ chức được hỏi	Mức độ hoàn thành đánh giá Một phần	Toàn bộ
Tổng số các tổ chức được tiếp cận bằng email	65	7	2
Tổng số các tổ chức được tiếp cận bằng điện thoại (bao gồm 8 Sở Y tế nơi triển khai đánh giá cấu phần A, B, C)	15	0	4
Tổng số các tổ chức được đưa vào mẫu đánh giá	80	7	6
Số tổ chức cung cấp thông tin bằng cả dạng phỏng vấn và văn bản chính thức		2	5

4.3. Tổ chức nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế và thực hiện trong khuôn khổ đề tài nghiên cứu khoa học cấp Bộ (qua Hội đồng Khoa học BLĐTBXH). Dự kiến nhóm nghiên cứu gồm 5 cán bộ Cục BTXH phối hợp với 5 cán bộ từ trung tâm RTCCD. Tuy nhiên, để duy trì các công việc tại Cục và đáp ứng nhu cầu đào tạo cán bộ, số lượng cán bộ tham gia nghiên cứu của Cục BTXH trong thực tế tăng thành 8 người. Thêm nữa, tại mỗi tỉnh nghiên cứu, còn có thêm sự tham gia của một cán bộ Phòng BTXH thuộc Sở LĐTBXH tỉnh.

Đánh giá bắt đầu triển khai từ tháng 8/2010 (thiết kế và đào tạo cán bộ) và hoàn thành thu thập thông tin vào tháng 12/2010.

4.4. Phân tích kết quả

Điều cần lưu ý là dạng thông tin từ báo cáo hàng năm hoặc báo cáo dự án của các NGO đều rất nghèo nàn, kể cả đối với INGO. Điều này được lý giải là do các hoạt động về CSSKTT mới được triển khai gần đây. Do đó, các kết quả được thu thập chủ yếu thông qua phỏng vấn và phân tích xét theo khung SWOT cho từng tổ chức. Tóm tắt các kết quả này sau đó được đưa ra dưới dạng một mẫu đánh giá về các mô hình CSSKTT thực hiện bởi các NGO tại Việt Nam.

5. KẾT QUẢ VÀ THẢO LUẬN

Kết quả sàng lọc cho thấy, trong tổng số 80 tổ chức tiếp cận được để gửi phiếu sàng lọc, chỉ có 13 tổ chức có nhận là NGO cung cấp dịch vụ CSSKTT. Khi tiếp cận hoàn thành mẫu đánh giá, chỉ có 6 tổ chức thực sự thỏa mãn tiêu chuẩn đề ra (ở đây, phòng khám TuNa tuy được phân tích như một mô hình, nhưng nằm trong trung tâm RTCCD). Như vậy, số lượng NGO thực sự tham gia cung cấp dịch vụ CSSKTT chiếm 8% trong tổng số NGO được điều tra.

Phần tiếp theo của báo cáo này trình bày kết quả của cuộc đánh giá, kết luận và khuyến cáo chính sách. Chúng tôi cấu trúc phần phân tích kết quả theo 5 phần:

- **Tổng quan các mô hình và lựa chọn các mô hình tiêu biểu**
 - Loại hình dịch vụ cung cấp
 - Tính sáng tạo và thích ứng với điều kiện Việt Nam
 - Khả năng duy trì và phát triển
- **Những mô hình tiêu biểu**
 - Mô hình chăm sóc trẻ thiếu năng trí tuệ của trung tâm Sao Mai
 - Mô hình tư vấn dự phòng và trị liệu RNTT phụ nữ và trẻ em của phòng khám TuNa
 - Mô hình Dưỡng sinh TuNa phòng và điều trị RNTT ở tuyến ban đầu của trung tâm RTCCD
 - Mô hình tích hợp dịch vụ CSSKTT vào phòng khám ngoại trú cho người nhiễm HIV/AIDS của FHI-RTCCD
 - Mô hình hệ thống CSSKTT tuyển tỉnh theo hướng dựa vào cộng đồng của VVAF-SYT Đà Nẵng-Khánh Hòa
- **Đánh giá các mô hình CSSKTT do NGO vận hành theo khung phân tích SWOT**
 - Điểm mạnh
 - Điểm yếu
 - Cơ hội phát triển trong tương lai
 - Các thách thức

5.1. Tổng quan thực trạng cung cấp dịch vụ CSSKTT của các NGO

Mặc dù chỉ có 6 NGO, tính đến thời điểm tháng 12/2010, thực sự có mô hình sáng kiến thiết lập dịch vụ CSSKTT ở Việt Nam, các tổ chức này đã cung cấp một cách đa dạng các loại hình dịch vụ, thích ứng nhu cầu của nhiều loại đối tượng, của cả người dân lẫn các tổ chức trong nước và quốc tế.

5.1.1. Loại hình dịch vụ CSSKTT do các NGO cung cấp và đối tượng phục vụ

Đối tượng sử dụng các loại hình dịch vụ CSSKTT do các NGO cung cấp trải rộng từ cấp vĩ mô ra chính sách đến người dân có nhu cầu CSSKTT. Tuy nhiên, có sự khác nhau giữa nhóm các INGO và VNGO. Trong khi các INGO thực hiện các mô hình thí điểm tìm kiếm phương thức đổi mới hệ thống y tế công về CSSKTT, thì các VNGO lại tập trung cung cấp dịch vụ đáp ứng trực tiếp nhu cầu của người dân, nhất là các đối tượng mà hệ thống y tế công chưa hướng tới.

Bảng 2 (trang 15) đưa ra thông tin về các mô hình do 6 NGO phát triển. Hai mô hình do INGO đưa ra là các chương trình can thiệp nhằm cải thiện chất lượng dịch vụ CSSKTT của hệ thống y tế công. Vì cả

hai dự án đều chưa kết thúc, chưa đánh giá được hiệu quả nên chưa có đủ bằng chứng về tính hiệu quả, tính thích ứng với điều kiện tại Việt Nam và tính bền vững khi các dự án này kết thúc. Các mô hình còn lại do 4 VNGO thiết kế và vận hành, trong đó có thể chia làm hai loại.

■ **Loại thứ nhất:** là dịch vụ CSSKTT có thu phí, đáp ứng đặc thù với nhu cầu cộng đồng, hướng đến các nhóm đối tượng sau:

- Trẻ em bị RNTT (với các dạng bệnh khác nhau như tự kỷ, tăng động giảm chú ý, rối nhiễu hành vi,...): Cả 4 VNGO đều tập trung vào đối tượng này. Trung tâm N-T và cơ sở Trăn Non tập trung vào cung cấp tâm lý trị liệu. Riêng Trung tâm Sao Mai và phòng khám TuNa cung cấp dịch vụ khám chữa RNTT, kết hợp cả trị liệu tâm lý và thuốc.
- Trẻ em bị thiếu năng trí tuệ: Trung tâm Sao Mai phát triển mô hình giáo dục trẻ thiếu năng trí tuệ, loại hình điều trị ngoại trú. Đây là phần dịch vụ cơ bản của Trung tâm Sao Mai (với 70 giáo viên làm việc 100% thời gian trong tổng số 90 nhân viên toàn trung tâm).
- Các đối tượng người lớn bị RNTT và bệnh tâm thần: Dịch vụ này có ở phòng khám TuNa, sử dụng cả hóa dược trị liệu và tâm lý trị liệu. Can thiệp thay đổi môi trường sống của bệnh nhân có được sử dụng nhưng không thường xuyên và mới ở mức thử nghiệm.

Đặc thù các loại hình dịch vụ chính do VNGO cung cấp chủ yếu do chuyên môn của người lãnh đạo tổ chức và mối quan hệ quốc tế của họ quyết định. Trong khi các Trung tâm N-T và cơ sở Trăn Non có xu hướng cung cấp trị liệu tâm lý (có lẽ bởi người lãnh đạo của các trung tâm này được đào tạo ở Pháp, có mối quan hệ với các trường đại học của Pháp, và bản thân họ không phải là bác sĩ), thì các dịch vụ do Trung tâm Sao Mai và Phòng khám TuNa đi theo hướng trị liệu bệnh tâm thần hướng đến trẻ em (Giám đốc trung tâm Sao Mai và trưởng phòng khám TuNa đều là bác sĩ tâm thần), theo hướng đổi mới, tiếp cận với cách làm của trường phái Anh/Úc-Mỹ (trung tâm Sao Mai thường xuyên có tình nguyện viên quốc tế từ các nước Bắc Âu và Hà Lan; còn TuNa thường xuyên có tình nguyện viên của Úc hoặc Canada thực tập). Giám đốc trung tâm Sao Mai từ đầu những năm 90 đã đi học và có quan hệ hợp tác với các tổ chức chăm sóc người tàn tật của Hà Lan, do vậy mô hình Sao Mai mang nhiều đặc điểm của loại hình dịch vụ PHCN cho trẻ thiếu năng trí tuệ. Trong khi đó, phòng khám TuNa do RTCCD thành lập trên bằng chứng từ các nghiên cứu dịch tễ học RNTT, do vậy, hoạt động sàng lọc phát hiện sớm can thiệp mang xu hướng cộng đồng, chăm sóc ban đầu, được đẩy mạnh hơn. Nhìn chung, tất cả các cơ sở đều ở dạng bệnh nhân tự tìm đến, chưa được BHYT coi là nằm trong hệ thống CSSKTT của Việt Nam.

Bảng 2. Các NGO tham gia hoạt động CSSKTT & đối tượng phục vụ của các mô hình này

Tên tổ chức	Tên mô hình hoặc dự án cung cấp	Đặc điểm mô hình
Quốc tế:		
Tổ chức sức khỏe gia đình quốc tế - FHI (nay là FHI360) website: http://www.fhi360.org	Dự án 2010-2012: Tích hợp CSSKTT vào OPC cho người nhiễm HIV/AIDS thí điểm tại Đông Anh (Hà Nội), Quận 1 và Quận 10 (tp HCM)	Thí điểm tạo lập mô hình can thiệp củng cố hệ thống phòng khám ngoại trú công để đảm bảo có dịch vụ CSSKTT ban đầu cho người nhiễm HIV/AIDS
Quỹ Cựu Chiến binh Mỹ tại Việt Nam – VVAF	Dự án 2006-2008 (giai đoạn phát hiện nhu cầu) và 2009-2011: phát triển hệ thống CSSKTT tích hợp, lồng ghép và định hướng cộng đồng tại Đà Nẵng và Khánh Hòa	Củng cố và đổi mới hệ thống CSSKTT tuyến tỉnh theo hướng chăm sóc sức khoẻ ban đầu
Trong nước		
Trung tâm Sao Mai (Hà Nội) website: www.morningstarcenter.net	Cơ sở cung cấp dịch vụ cho đối tượng trẻ bị RNTT/thiếu năng trí tuệ: - Khám ngoại trú và điều trị can thiệp - Đào tạo hướng nghiệp cho trẻ - Cơ sở thực tập cho sinh viên trong nước và quốc tế về CSSKTT trẻ em	Mô hình dịch vụ hàng ngày có thu đáp ứng trực tiếp nhu cầu của người bệnh trẻ em (từ khi thành lập trung tâm 10/1995 đến nay)
Phòng khám TuNa (thuộc RTCCD) website: tunaclinic.health.vn	Mô hình: OPC sàng lọc, tư vấn dự phòng và điều trị RNTT cho bà mẹ và trẻ em	Dịch vụ hàng ngày có thu, đáp ứng trực tiếp nhu cầu của người bệnh; tập trung vào nhu cầu chăm sóc ngoại trú các bệnh tâm thần phổ biến, đặc biệt với trẻ em (từ khi thành lập phòng khám 9/2005 đến nay)
Trung tâm RTCCD (Hà Nội) website: www.rtccd.org.vn	(1) Mô hình: - CSSKTT ở tuyến ban đầu: Phòng và điều trị RNTT bằng Dưỡng sinh TuNa - Phòng chống RNTT cho học sinh khu vực Hà Nội - Mô hình tích hợp CSSKTT vào phòng khám ngoại trú cho người nhiễm HIV/AIDS tại Vân Đồn (Quảng Ninh) (phối hợp với FHI) (2) Đào tạo thiết lập dịch vụ CSSKTT ban đầu ở các cơ sở y tế (3) Tư vấn và phản biện chính sách liên quan đến CSSKTT	(1) Mô hình lý thuyết và thực hành xây dựng từ bằng chứng nghiên cứu thực tế Việt Nam (Dưỡng sinh TuNa và phòng điều trị RNTT/bệnh tâm thần theo nguyên lý chăm sóc sức khỏe sinh thái) (2) Chương trình đào tạo thiết lập dịch vụ CSSKTT ban đầu, tích hợp được vào hệ thống CSSK hiện hành của Việt Nam. Các mô hình này đã được áp dụng một phần hoặc toàn bộ trong dự án của FHI, và được đưa vào nghiên cứu đánh giá bởi Cục Chăm sóc và Bảo vệ Trẻ em (BLĐTBXH)
Trung tâm N-T (Hà Nội) website: không tiếp cận được	Mô hình: Tư vấn tâm lý trị liệu các rối loạn tâm thần ở trẻ em	Mô hình CSSKTT trẻ em phát triển mạnh trong 10 năm đầu ở nhiều tỉnh thành trong cả nước (1989-1999). Diện hoạt động thu hẹp lại nhiều sau khi người sáng lập - BS. Nguyễn Khắc Viện - qua đời năm 1998, hiện chỉ tập trung ở Hà Nội.
Cơ sở Trắng Non (tp HCM) website: không có	Mô hình: Dịch vụ tư vấn tâm lý trực tiếp cho bệnh nhân và gia đình (cả người lớn và trẻ em)	Tách ra khi trung tâm N-T chi nhánh tp HCM giải thể (2002). Hoạt động tự nguyện bởi đội ngũ giáo viên và sinh viên trường Đại học Văn Hiến;

- **Loại thứ hai:** là các dịch vụ của trung tâm RTCCD. Trung tâm sử dụng cách tiếp cận y tế công cộng trong CSSKTT, tập trung vào dự phòng, phát hiện sớm, điều trị sớm tại cộng đồng. Trên cơ sở cách tiếp cận này, RTCCD đã đưa ra mô hình phòng và điều trị RNTT ở tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu bằng phương pháp Dưỡng sinh TuNa, và các chương trình đào tạo thiết lập dịch vụ CSSKTT tại các cơ sở y tế. Do vậy, đối tượng RTCCD phục vụ mở rộng hơn, bao gồm:
 - Các tổ chức INGO tham gia hình thành chính sách phát triển CSSKTT ở Việt Nam: cả hai INGO đã đề cập ở trên (VVAF và FHI) đều đã sử dụng các dịch vụ của RTCCD. Trong đó, VVAF sử dụng dịch vụ đào tạo CSSKTT ban đầu, và nghiên cứu cộng đồng đánh giá nhu cầu CSSKTT. FHI sử dụng tư vấn tạo lập dịch vụ CSSKTT tích hợp vào phòng khám ngoại trú tuyến huyện (bao gồm cả đào tạo trên lớp và hướng dẫn thực hành lâm sàng duy trì mô hình). Tại các điểm can thiệp tạo lập dịch vụ mới này, Dưỡng sinh TuNa được coi là phương pháp chủ đạo trong chỉ định phòng và trị liệu RNTT ở đối tượng người lớn.
 - Các cơ quan phát triển chính sách CSSKTT ở Việt Nam (BYT, BLĐTBXH và tổ chức quốc tế hỗ trợ cho các cơ quan này (WHO và UNICEF). Đối với BYT, thông qua tài trợ của WHO, RTCCD cung cấp dịch vụ nghiên cứu và tư vấn đánh giá mô hình của chính phủ về CSSKTT dựa vào cộng đồng. Đối với BLĐTBXH, cũng thông qua tài trợ của WHO và UNICEF, RTCCD cung cấp dịch vụ nghiên cứu đánh giá hệ thống BTXH dành cho bệnh nhân tâm thần. Đồng thời, trực tiếp từ nguồn kinh phí nhà nước, hợp tác với Cục Chăm sóc và Bảo vệ Trẻ em của BLĐTBXH, RTCCD phối hợp thiết kế và thực hiện nghiên cứu thử nghiệm mô hình phòng và điều trị RNTT ở học sinh (thí điểm tại trường học ở Hà Nội).

5.1.2. Tính sáng tạo và thích ứng của các mô hình trong điều kiện Việt Nam

Trong khi còn phải chờ một thời gian nữa mới có thể nhìn nhận và đánh giá được các dự án của INGO, thì nhìn vào sự ra đời và vận hành của 4 VNGO, đã có thể đánh giá được sự sáng tạo và tính thích ứng của các mô hình đó trong điều kiện Việt Nam.

Trung tâm N-T là tổ chức ra đời đầu tiên, cung cấp trị liệu tâm lý cho trẻ rối tâm (thuật ngữ do BS. Nguyễn Khắc Viện, người sáng lập ra N-T sử dụng), đi đầu trong lĩnh vực này, khi mà ngay cả các cơ sở chăm sóc nhi khoa trong cả nước, các trường đại học, đều chưa nói đến mảng này trong sức khỏe trẻ em. Tính sáng tạo và thực tiễn của mô hình N-T rất cao vào thời điểm thập niên cuối của thế kỷ 20. Sự ra đời của N-T đã đáp ứng đúng nhu cầu của đất nước, do vậy, N-T phát triển rất nhanh trong 10 năm đầu. Tuy nhiên, khi người sáng lập qua đời, N-T nhanh chóng thu hẹp lại do không có chuyên gia đủ tầm cỡ lãnh đạo nên khó phát triển mạnh hơn, như sự phát triển của trung tâm Sao Mai hoặc sau này với RTCCD và phòng khám TuNa.

Trung tâm Sao Mai ngay từ ngày đầu thành lập đã hướng vào điều trị tâm thần trẻ em, đặc biệt trẻ thiếu năng trí tuệ, và do vậy, đã phát triển mạnh mô hình giáo dục trẻ thiếu năng trí tuệ. Người sáng lập trung tâm này là một bác sĩ chuyên khoa tâm thần, đi vào lĩnh vực này khi mà ngành tâm thần Việt Nam còn chưa có tâm thần nhi khoa (năm 1995). Sự phát triển liên tục của Trung tâm Sao Mai trong 15 năm qua (hiện có 90 nhân viên làm việc 100% thời gian) chứng tỏ sự phù hợp của mô hình này với điều kiện Việt Nam.

Phòng khám TuNa thuộc trung tâm RTCCD cũng là một mô hình sáng tạo khi đi vào tư vấn dự phòng, điều trị RNTT bà mẹ và trẻ em. Phòng khám có một chiến lược thiết kế rõ ràng, tập trung vào dự phòng, phát hiện sớm, điều trị sớm. Tuy nhiên, sau một quá trình phát triển hoạt động của phòng khám lại đã dần dần không theo như thiết kế ban đầu. Mặc dù có sự phát triển liên tục trong 6 năm qua

(thành lập từ 2005), không có viện trợ quốc tế, hai năm gần đây duy trì được dịch vụ trên cơ sở tự hạch toán số nhân viên đã tăng gấp đôi nhân viên so với khi thành lập (hiện đang có 17 nhân viên làm việc 100% thời gian), cho đến thời điểm đánh giá, Phòng khám TuNa mới chỉ phát triển được dịch vụ cho trẻ em và người bệnh tâm thần phân liệt (mảng mà trưởng phòng khám đã có kinh nghiệm 30 năm làm trong hệ thống nhà nước). Mạng CSSKTT cho bà mẹ chưa được triển khai.

Đối với RTCCD, điểm sáng tạo nổi bật là đưa ra phương pháp Dưỡng sinh TuNa (xem phụ lục 3). Dưỡng sinh TuNa có đặc trưng cơ bản là tính khoa học, thực tế, đơn giản, dễ làm, dễ hiểu, dễ nhớ, dễ tạo thành thói quen, làm cho phương pháp này có thể sử dụng được cả trong dự phòng và điều trị RNTT. Không chỉ dừng ở phương pháp, RTCCD đã thành công bước đầu khi đưa ra được chương trình đào tạo thiết lập mô hình tạo lập dịch vụ CSSKTT nơi không có bác sĩ chuyên khoa tâm thần ở OPC Vân Đồn, và hiện được chấp nhận thông qua chương trình đào tạo thực hiện ở các phòng khám ngoại trú Đông Anh (Hà Nội), Quận 1 và Quận 10 (T/p HCM).

5.1.3. Khả năng duy trì và phát triển bền vững của các mô hình

Cho đến nay chưa có một nghiên cứu khoa học nào tập trung phân tích khả năng duy trì và phát triển bền vững của các mô hình này. Từ nghiên cứu này, thông qua quan sát và phỏng vấn, nhóm nghiên cứu nhận thấy khả năng duy trì và phát triển bền vững được thể hiện tương đối rõ với mô hình giáo dục nội trú trẻ thiếu năng trí tuệ của Trung tâm Sao Mai và Dưỡng sinh TuNa của RTCCD. Còn đối với các mô hình dịch vụ chăm sóc ngoại trú của cơ sở Trăng Non, Trung tâm N-T và Phòng khám TuNa, cần phải có những can thiệp điều chỉnh về nhân lực và mô hình quản lý mới có thể đảm bảo phát triển bền vững trong thời gian tới, nhằm đạt mục tiêu thực hiện tốt chức năng đặt ra.

Tính bền vững của Trung tâm Sao Mai và RTCCD trong cung cấp dịch vụ CSSKTT được thể hiện ở chỗ cả hai trung tâm đều có chương trình giảng dạy riêng, có phòng khám với đội ngũ chuyên môn chăm sóc sức khỏe tâm trí do các bác sĩ lãnh đạo, và đều sử dụng đồng thời cả ba phương thức tâm lý trị liệu, hóa trị liệu, và can thiệp thay đổi môi trường sống của bệnh nhân. Nếu Sao Mai phát triển mạnh loại hình giáo dục PHCN cho trẻ thiếu năng trí tuệ thì RTCCD lại phát triển mạnh chương trình CSSKTT ở tuyến ban đầu cho các đối tượng, bao gồm cả phụ nữ và trẻ em. Cả hai trung tâm này đều có đội ngũ lãnh đạo (gồm người phát triển mô hình) và nhân viên làm việc 100% thời gian, vận hành theo nguyên tắc tự hạch toán và đều có quy mô phục vụ khách hàng lên tới khoảng 10.000 lượt/năm. Riêng trung tâm RTCCD với phương pháp Dưỡng sinh TuNa và các chương trình đào tạo thiết lập dịch vụ CSSKTT ở tuyến ban đầu đã và đang là đối tác chiến lược của các cơ sở quan tâm đến phát triển CSSKTT ở Việt Nam, bao gồm cả cơ quan chính phủ (BYT, BLĐTBXH, Vụ các Vấn đề Xã hội thuộc Ban Tuyên giáo TW, Ủy ban các Vấn đề Xã hội của Quốc hội) và tổ chức quốc tế cũng như các cơ sở nghiên cứu đào tạo ngoài nước (UNICEF, WHO, AP, VVAF, FHI, Trung tâm Sức khỏe Tâm thần Quốc tế, Đại học Melbourne .v.v...).

Thách thức lớn nhất đối với các INGO là khả năng hợp tác với các tổ chức trong nước để phát triển dự án, xin kinh phí tài trợ. Do vậy, khả năng duy trì phụ thuộc hoàn toàn vào môi trường viện trợ phát triển. Môi trường này xét với CSSKTT là rất kém² trong thời gian qua (nên số tổ chức có dự án CSSKTT rất ít), tuy nhiên, tình hình có xu hướng sẽ khá lên trong thời gian tới, khi trong 4 năm qua đã có sự phát động trên toàn cầu một số chương trình hành động nhằm vào CSSKTT ở các nước đang phát triển³.

² Nhóm SKTT toàn cầu: Mở rộng các dịch vụ chăm sóc rối nhiễu tâm trí – Lời kêu gọi hành động. Lancet 2007: 370: 1241-52.

³ Ít nhất 3 chương trình toàn cầu đã được giới thiệu: (1) Grand Challenges in Global Mental Health – hỗ trợ nghiên cứu về SKTT, (2) Movement for Global Mental Health, và (3) Hướng dẫn triển khai can thiệp thuộc chương trình

Thách thức lớn nhất với các VNGO lại là hạ tầng cơ sở, bao gồm cả phần cứng (nhà cửa, phòng khám, trang thiết bị) và phần mềm (cơ chế quản lý, đội ngũ chuyên gia). Sao Mai có hạ tầng cơ sở tốt nhất trong số các VNGO do được AP tài trợ kinh phí xây dựng và UBND thành phố Hà Nội cấp đất. Đội ngũ chuyên gia hiện tại của Sao Mai là tốt, nhưng đội ngũ kế cận chưa xứng tầm với sự phát triển của Sao Mai, và tình hình cũng có thể theo chiều hướng như đã xảy ra với N-T khi người sáng lập không còn lãnh đạo. Các VNGO còn lại đều phải thuê hạ tầng cơ sở. Đây là một gánh nặng đáng kể cho các NGO khi khả năng không có tài trợ của nhà nước hoặc quốc tế trong thời gian tới là rất lớn. Đối với RTCCD, khó khăn này đã được khắc phục một phần khi cơ sở hạ tầng (văn phòng, phòng khám) được duy trì tương đối ổn định trong một thời gian khá dài. Dưỡng sinh TuNa là thế mạnh của tổ chức này, cộng với nguồn nhân lực nghiên cứu khá mạnh, phương pháp vận hành làm việc theo nhóm tốt. Do vậy RTCCD có xu hướng phát triển bền vững, nhất là khi đưa được Dưỡng sinh TuNa tích hợp vào hệ thống CSSKTT của hệ thống nhà nước. Các trung tâm còn lại (N-T, Trăng Non) vẫn đang vật lộn với sự tồn tại của mình, nhất là trong tình hình thị trường tư vấn tâm lý tư nhân phát triển mạnh, và các cơ sở nhà nước, các trường đại học tâm lý đều mở ra các trung tâm dịch vụ cạnh tranh mạnh mẽ.

Trong số các mô hình do VNGO phát triển, Dưỡng sinh TuNa và chương trình tư vấn tạo lập dịch vụ CSSKTT ở tuyến ban đầu đã được ứng dụng triển khai thành công ở Vân Đồn (Quảng Ninh), tiếp đến được mở rộng ra Đông Anh (Hà Nội), Quận 1 và Quận 10 (tp HCM) trong dự án của FHI. Đây chính là các mô hình CSSKTT hứa hẹn khả năng phát triển rộng khắp trong thời gian tới, kể cả việc đưa vào chương trình BTXH dành cho người bệnh tâm thần của BLĐTBXH.

Bảng 3 tóm tắt cơ sở hạ tầng, nguồn nhân lực và kinh phí cho duy trì hoạt động dịch vụ CSSKTT của các tổ chức được đánh giá. Bảng này cho thấy hai INGO đều từ Mỹ và nguồn kinh phí từ Mỹ (với FHI từ nguồn USAID, với VVAF từ AP). Trái lại với các tổ chức trong nước, nguồn kinh phí trực tiếp từ người bệnh, ngoại trừ trung tâm Sao Mai được hỗ trợ hạ tầng cơ sở ban đầu từ AP, và trung tâm RTCCD với dạng hoạt động nghiên cứu, đào tạo tác động chính sách có nguồn kinh phí đa dạng từ các tổ chức quốc tế và cả chính phủ trong nước.

Bảng 3. Hạ tầng cơ sở, nhân lực, tài chính và khả năng hoạt động độc lập của các NGO tham gia CSSKTT tại Việt Nam

Tên tổ chức	Hạ tầng cơ sở & nguồn tài chính	Đối tượng phục vụ và khả năng hoạt động độc lập
QUỐC TẾ		
FHI	- o Dạng văn phòng dự án - o Kinh phí dự án do tài trợ quốc tế	- o Khu trú trong phạm vi dự án thí điểm - o Giới hạn bởi dự án được duyệt; thời hạn dự án thường không quá 5 năm - o Đối tác phục vụ là cơ sở dịch vụ y tế công dành cho người nhiễm HIV/AIDS - o Khả năng hoạt động độc lập và nhân lên của mô hình chưa rõ. - o Hoạt động quản lý dự án hiện tại được thực hiện bởi cán bộ FHI kết hợp với đối tác - o Cán bộ kỹ thuật thường là nhân lực ngoài FHI (các chuyên gia trong nước - từ RTCCD hoặc nơi khác - hoặc quốc tế). - o Có tiềm năng phát triển mạnh, khi mảng CSSKTT ở đối tượng người

hành động của WHO vì khoảng cách SKTT – bộ tài liệu hướng dẫn cơ bản cho CSSKTT và nghiên cứu do cán bộ không có chuyên môn tâm thần thực hiện. Để biết thêm chi tiết, đọc: Vikram Patel và CS (2011). Đối mới chương trình CSSKTT toàn cầu. www.thelancet.com. Vol 378, 22/10/2011.

Tên tổ chức	Hạ tầng cơ sở & nguồn tài chính	Đối tượng phục vụ và khả năng hoạt động độc lập
nhiễm HIV đang được chú ý nhiều hơn trong thời gian tới		
VVAF	- o Dạng văn phòng dự án - o Kinh phí dự án do tài trợ quốc tế	- o Khu trú trong phạm vi dự án thí điểm - o Giới hạn bởi dự án được duyệt; thời hạn dự án thường không quá 5 năm. - o Đối tác phục vụ là cơ sở dịch vụ y tế công về CSSKTT - o Khả năng hoạt động độc lập và nhân lên của mô hình chưa rõ. - o Hoạt động quản lý dự án hiện tại được thực hiện bởi cán bộ VVAF kết hợp với SYT/bệnh viện tâm thần tỉnh. - o Cán bộ kỹ thuật là nhân lực ngoài VVAF từ trong nước (RTCCD hoặc nơi khác) hoặc quốc tế (Đại học LSHTM (UK), Vanderbilt (Mỹ), Basic Needs (UK)) - o Tiềm năng: Là một NGO của Mỹ, nên có thể mạnh là tận dụng được nguồn kinh phí dành cho CSSKTT của quốc tế trong thời gian tới, nhất là khi vấn đề này đang được đẩy mạnh hơn.
TRONG NƯỚC		
Sao Mai	- o Cơ sở xây dựng riêng, độc lập. - o Dịch vụ hạch toán có thu từ bệnh nhân	- o Đối tượng phục vụ là bệnh nhân trẻ em. - o Hoàn toàn tự chủ về nhân sự; 90 nhân viên trung tâm làm việc 100% thời gian (kể cả lãnh đạo mô hình). Phát triển mạnh trong 5 năm trở lại đây. Đang có kế hoạch mở rộng ra các tỉnh. - o Có tiềm năng phát triển mạnh, nếu có sự chuyển đổi tương thích về quản lý tổ chức và quản lý chất lượng theo mô hình thực hành lâm sàng chuẩn.
Phòng khám TuNa thuộc RTCCD	- o Thuê hạ tầng cơ sở, hợp đồng dài hạn trên 5 năm. - o Dịch vụ hạch toán có thu từ bệnh nhân	- o Đối tượng phục vụ là bệnh nhân RNTT/bệnh tâm thần, chú trọng phụ nữ và trẻ em. - o Hoàn toàn tự chủ về nhân sự; 17 nhân viên chuyên môn làm việc 100% thời gian, dịch vụ mở 7 ngày/tuần. Phát triển mạnh theo thời gian; tham gia cùng RTCCD tư vấn kỹ thuật cho các INGO như VVAF và FHI. - o Tiềm năng: phụ thuộc vào những đổi mới đặt ra từ trung tâm RTCCD khi trung tâm chủ trương đưa phòng khám TuNa trở thành một cơ sở hỗ trợ chất lượng cho tuyến CSSKTT ban đầu
RTCCD	- o Thuê hợp đồng dài hạn, trên 5 năm - o Hạch toán dịch vụ có thu cho các tổ chức quốc tế, các dự án CSSKTT của BHYT, BLĐTBXH - o Quỹ tài trợ nghiên cứu khoa học của Úc qua hợp tác quốc tế với Đại học Melbourne	- o Hoàn toàn tự chủ về nhân sự, 18 cán bộ chuyên môn (5 bác sĩ, 3 tiến sĩ, 5 thạc sĩ) làm việc 100% thời gian cho hoạt động trung tâm từ lãnh đạo đến nhân viên. - o Có đội ngũ kế cận; khả năng tiếp tục phát triển cao. - o Đối tượng phục vụ là các tổ chức quốc tế và trong nước có nhu cầu nghiên cứu, đào tạo, can thiệp mô hình phát triển CSSKTT ban đầu. - o Mô hình đã được ứng dụng trong các dự án phối hợp với FHI và Cục Chăm sóc và Bảo vệ Trẻ em của BLĐTBXH - o Dưỡng Sinh TuNa đã được đưa vào trong các dự án can thiệp chăm sóc sức khỏe cho người nhiễm HIV (phối hợp với FHI) - o Tiềm năng: phát triển mạnh, nếu hoàn thiện được phương pháp Dưỡng sinh TuNa đi đôi với việc đưa chương trình đào tạo tạo lập dịch vụ CSSKTT tuyến ban đầu tích hợp vào các chương trình CSSKTT của BHYT và/hoặc BLĐTBXH
N-T	- o Hạ tầng cơ sở thuê hàng năm; nhỏ, phục vụ tư vấn cá nhân - o Dịch vụ tư vấn có thu.	- o Nhân sự chủ chốt/kỹ thuật: đến từ trường đại học (kiêm nhiệm) - o Không có mô hình đặc thù; dạng tư vấn tâm lý giống như các trung tâm tư vấn tư nhân khác. - o Khả năng duy trì và phát triển thấp - o Giảm nhiều so với thời BS. Nguyễn Khắc Viện còn lãnh đạo - o Tiềm năng: Không rõ ràng; có thể đi theo hướng cơ sở dịch vụ tư

Tên tổ chức	Hạ tầng cơ sở & nguồn tài chính	Đối tượng phục vụ và khả năng hoạt động độc lập
	o Hỗ trợ quốc tế qua quan hệ của BS. Nguyễn Khắc Viện	nhân, hoặc một bộ phận của trường đại học
Trăng Non	o Cơ sở thuê, nhỏ không ổn định o Dịch vụ tư vấn có thu.	o Chỉ một cán bộ chuyên môn đến từ trường đại học làm việc bán thời gian; các nhân viên khác làm trên cơ sở tình nguyện, học tập. o Dạng tư vấn tâm lý tương tự như các tổ chức tư vấn tư nhân khác. Khả năng cạnh tranh để tồn tại khó. Không có mô hình đặc thù; o Tiềm năng: có thể phát triển mạnh hơn, nếu gắn chặt chẽ với trường đại học.

Về mặt nhân sự, nếu như các tổ chức quốc tế không tự chủ hoàn toàn được, phải dựa vào nguồn nhân lực kỹ thuật cả trong nước và nước ngoài, thì các tổ chức VNGO hình thành và cung cấp dịch vụ theo hướng “tự cung tự cấp”. Tuy nhiên tiềm năng phát triển nhìn chung là tốt hơn trong thời gian tới. Thứ nhất, đối với các INGO, xu hướng quốc tế gia tăng tài trợ cho mảng CSSKTT đã định hình rõ, nhất là CSSKTT cho người nhiễm HIV. Do vậy, FHI có khả năng mở rộng tầm hoạt động. Đối với VVAF, là một INGO của Mỹ, thế mạnh tài chính vẫn là điểm trội, do vậy, nếu VVAF còn hoạt động ở Việt Nam, khả năng có thêm dự án cho lĩnh vực CSSKTT cũng là một hứa hẹn đáng kể. Thứ hai, đối với các VNGO, các tổ chức như Sao Mai, RTCCD và phòng khám TuNa của RTCCD là những cơ sở có có hướng đi đặc thù, mô hình sáng tạo, có chỗ đứng trong thị trường cung cấp dịch vụ CSSKTT và tính bền vững cao. Riêng mô hình Dưỡng Sinh TuNa của RTCCD rất có tiềm năng ứng dụng rộng rãi cả trong phòng và điều trị RNTT, đặc biệt ở tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu.

5.2. Một số mô hình tiêu biểu

- Mô hình chăm sóc trẻ thiếu năng trí tuệ của trung tâm Sao Mai
- Mô hình tư vấn dự phòng và trị liệu RNTT phụ nữ và trẻ em của phòng khám TuNa
- Mô hình phòng và điều trị RNTT ở tuyến ban đầu của trung tâm RTCCD
- Phương pháp Dưỡng Sinh TuNa
- Mô hình tích hợp dịch vụ CSSKTT vào OPC cho người nhiễm HIV/AIDS của FHI tại Vân Đồn (Quảng Ninh), Đông Anh (Hà Nội), Quận 1 và Quận 10 (tp HCM)
- Mô hình hệ thống CSSKTT tuyến tỉnh dựa vào cộng đồng của VVAF-SYT tại Đà Nẵng và Khánh Hòa

5.3. Đánh giá các mô hình do NGO vận hành theo phân tích SWOT

Bảng 4. Tóm tắt điểm mạnh, điểm yếu, cơ hội và thách thức đặt ra với các NGO tham gia CSSKTT tại Việt Nam

Tên mô hình	Điểm mạnh	Điểm yếu	Cơ hội duy trì phát triển	Thách thức
Hệ thống CSSKTT tuyến tỉnh theo hướng toàn diện, lồng ghép, định hướng cộng đồng của VVAF	Trực tiếp tác động vào hệ thống y tế công CSSKTT	Mô hình do INGO vận hành, sử dụng cách đề cập bệnh trong chương trình quốc gia	Chưa đánh giá được. Nhưng khó vượt ra được nếp chung của các dự án có viện trợ quốc tế cho hệ thống y tế trước đây (kết thúc dự án là kết thúc hoạt động; trừ trang thiết bị và xây dựng hạ tầng). Tuy nhiên, xu hướng đầu tư cho CSSKTT của thế giới cho các nước đang phát triển có thể đưa lại cơ hội mới cho dự án	Dự án 3 năm, nhưng tại đợt đánh giá cuối năm 2010, sau 2 năm thực hiện trong số 4 xã chọn thí điểm, chỉ triển khai được ở một xã. Tốn nhiều thời gian thủ tục hành chính trong vận hành dự án. Cách đề cập “điều trị bệnh” có thể đưa đến khó hoàn thành mục tiêu
Mô hình tạo lập và lồng ghép dịch vụ CSSKTT vào OPC cho người nhiễm HIV/AIDS tại Đông Anh, quận 1 và quận 10 của FHI-RTCCD	Tạo lập dịch vụ CSSKTT ban đầu, phỏng theo mô hình đề xuất của RTCCD Tác động trực tiếp vào hệ thống phòng khám ngoại trú công dành cho người nhiễm HIV/AIDS	Dự án được INGO xây dựng và đem đến theo hình thức viện trợ không hoàn lại. Sự tham gia của đối tác tiếp nhận dự án bị thiên lệch. OPC cũng được thành lập và vận hành từ tài trợ quốc tế; khả năng tự duy trì của phòng khám chưa rõ, khi nguồn viện trợ dừng.	RTCCD cung cấp hỗ trợ kỹ thuật, là cơ sở đưa ra mô hình Dưỡng Sinh TuNa và mô hình CSSKTT ban đầu triển khai ở tuyến cộng đồng. Khả năng duy trì phát triển phụ thuộc nhiều vào nguồn viện trợ. Xu hướng tăng viện trợ cho CSSKTT cho người nhiễm HIV đưa lại cơ hội tốt.	Việc đưa nhiều thành phần khác của công tác phòng chống HIV và nghiện hút (liệu pháp methadol, chăm sóc giảm nhẹ,...) trong khi thiếu tích hợp vào hệ thống của nhà nước có khả năng làm phòng khám quá tải, không thực hiện được hoạt động tư vấn dự phòng và điều trị không dùng thuốc.
Phòng khám và điều trị bệnh tâm thần trẻ em (Phòng khám thuộc trung tâm Sao Mai và phòng khám TuNa)	Cung cấp dịch vụ trực tiếp đáp ứng nhu cầu của bệnh nhân. Vận hành theo cơ chế dịch vụ có thu Hoàn toàn do VNGO thực hiện với nhân sự chuyên môn tự lực	Chưa được nhìn nhận bởi hệ thống chính phủ Luôn trong tình trạng cạnh tranh với cả hệ thống y tế công và tư. Khả năng đầu tư tài chính cho hạ tầng cơ sở không mạnh	Đòi hỏi của xã hội với loại hình này đang lên cao, và chưa có nhiều tổ chức khác cung cấp	Thách thức đến từ đầu tư của y tế công, y tế tư, cả trong nước và ngoài nước cho lĩnh vực CSSKTT trong thời gian tới.
Mô hình Dưỡng Sinh TuNa và mô hình tạo lập dịch vụ CSSKTT ban đầu định hướng cộng đồng của trung tâm RTCCD	Được xây dựng dựa trên các bằng chứng khoa học nghiên cứu về dịch tễ học và hệ thống CSSKTT của Việt Nam Do chuyên gia trong nước phát triển	Cần kinh phí để hoàn thiện, đánh giá khoa học, và đưa vào vận động chính sách phát triển nhân rộng.	Đã có sự nhìn nhận của quốc tế (ứng dụng trong dự án FHI), Cục CSBVTE của BLĐTBXH, và môi trường hiện tại đang có xu hướng hỗ trợ cho các sáng kiến này nhân rộng.	Từ môi trường chính sách CSSKTT (nếu không có đổi mới, vẫn định hướng theo bệnh, thì sẽ làm cản trở tiến trình đưa mô hình vào chương trình quốc gia)

6. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đưa ra 10 kết luận thuộc ba mảng: (1) Phạm vi và loại hình dịch vụ do các NGO cung cấp; (2) Tính sáng tạo, sự đáp ứng với nhu cầu thực tế và sự phù hợp với điều kiện của Việt Nam; (3) Chất lượng và khả năng duy trì, phát triển của các dịch vụ do các NGO cung cấp.

Kết luận 1. Có 8% (7/80) các tổ chức NGO được điều tra tham gia vào lĩnh vực CSSKTT, trong đó 6 tổ chức có trụ sở tại Hà Nội, và 1 tại thành phố Hồ Chí Minh. Mặc dù quy mô dịch vụ do các tổ chức này cung cấp còn hạn chế, nhưng lại tương đối đa dạng về loại hình, bao gồm cả nghiên cứu, đào tạo, tư vấn tác động chính sách và can thiệp đổi mới hệ thống CKSSTT theo hướng tập trung vào chăm sóc sức khỏe ban đầu, nhất là dịch vụ chăm sóc bệnh nhân ngoại trú và đối tượng mắc rối nhiễu tâm trí (RNTT)/bệnh tâm thần (chủ yếu là các dạng bệnh tâm căn-neurotic disorders). Đối tượng chính của dịch vụ CSSKTT của các tổ chức này là trẻ em, phụ nữ có thai, người già, đối tượng bị stress, và người nhiễm HIV.

Kết luận 2. Có điểm khác biệt về loại hình dịch vụ do nhóm các tổ chức NGO quốc tế (INGO) và NGO trong nước (VNGO) cung cấp:

- Chỉ có hai INGO có triển khai hoạt động trong lĩnh vực CSSKTT, và cả hai đều sử dụng cách tiếp cận phát triển dự án phối hợp với địa phương đổi mới hệ thống y tế công nhằm nâng cấp hệ thống chăm sóc sức khỏe tuyến tỉnh. Cả hai đều ở phạm vi thí điểm mô hình, và ở dạng viện trợ không hoàn lại. Mô hình thứ nhất do VVAF triển khai tại Đà Nẵng và Khánh Hòa, nhằm đưa hoạt động CSSKTT tích hợp vào hoạt động y tế xã, tập trung vào các bệnh dưới sự quản lý của chương trình CSSKTT quốc gia (gồm tâm thần phân liệt và động kinh) và một số bệnh phổ biến khác như trầm cảm, lo âu. Mô hình thứ hai do FHI kết hợp với RTCCD triển khai tại Vân Đồn (Quảng Ninh), Đông Anh (Hà Nội), Quận 1 và Quận 10 (TPHCM) nhằm đưa dịch vụ CSSKTT tích hợp vào phòng khám ngoại trú (OPC) dành cho người nhiễm HIV/AIDS dưới sự quản lý của hệ thống phòng chống HIV/AIDS.
- Bốn tổ chức VNGO đều tạo lập dịch vụ CSSKTT có thu phí cung cấp trực tiếp cho bệnh nhân, chủ yếu là trẻ em, và bao gồm cả tư vấn dự phòng, sàng lọc, điều trị, giáo dục PHCN. Các tổ chức như trung tâm Sao Mai, phòng khám TuNa, còn cung cấp dịch vụ tư vấn cho các tổ chức quốc tế và chính phủ về phát triển dịch vụ CSSKTT. Riêng RTCCD còn phát triển phương pháp Dưỡng sinh TuNa phòng và điều trị RNTT tại tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu. Trung tâm RTCCD cũng là tổ chức VNGO thực hiện các nghiên cứu dịch tễ học xác định gánh nặng bệnh tâm thần trong cộng đồng, tập trung vào phụ nữ và trẻ em, và là tổ chức VNGO chính thực hiện hầu hết các tư vấn phản biện và đánh giá công tác CSSKTT ở Việt Nam trong mười năm qua. Ngoài ra, RTCCD cũng là nơi cung cấp dịch vụ kỹ thuật giúp các tổ chức INGO thực hiện dự án, và là tổ chức NGO chính cung cấp dịch vụ đào tạo thúc đẩy CSSKTT tại tuyến ban đầu ở Việt Nam.

Kết luận 3. Mặc dù còn ở quy mô rất nhỏ, sự năng động và sáng tạo của các tổ chức VNGO trong CSSKTT đã có ảnh hưởng đến sự phát triển hệ thống CSSKTT ở Việt Nam trong những năm qua, đáp ứng trực tiếp các nhu cầu phổ biến và căn bản về CSSKTT của người dân, đặc biệt ở các mảng mà hệ thống y tế công chưa với tới được. Các VNGO cung cấp mô hình can thiệp phù hợp với chiến lược dự phòng, điều trị sớm bệnh tâm thần theo mô hình CSSKTT dựa vào cộng đồng qua việc tập trung vào tư

vấn, sàng lọc phát hiện sớm và điều trị RNTT, đặc biệt với các đối tượng phụ nữ mang thai, phụ nữ mới sinh con, trẻ em, người nhiễm HIV/AIDS và giáo dục trẻ thiếu năng trí tuệ.

Kết luận 4. Một số NGO (FHI, VVAF, RTCCD) là nơi có các ấn phẩm khoa học xác định gánh nặng RNTT, bệnh tâm thần, nhu cầu CSSKTT của người dân, và cũng là nơi tích cực thực hiện vận động chính sách đổi mới hệ thống CSSKTT ở Việt Nam theo hướng CSSKTT dựa vào cộng đồng: thúc đẩy các hoạt động xã hội dự phòng, phát hiện và điều trị sớm ở ngay tuyến ban đầu.

Kết luận 5. Hoạt động vận động chính sách được các NGO quan tâm và thực hiện, thông qua tham gia hội thảo ở cả tầm quốc gia và quốc tế, cung cấp tư vấn kỹ thuật cho các cơ quan của nhà nước (bao gồm cả các cơ quan Đảng và Quốc hội) và các tổ chức quốc tế hoạt động tại Việt Nam. Trong thời gian 2005-2010, các tổ chức này đã có trên 20 bài viết xuất bản trong nước và trên các tạp chí chuyên môn quốc tế liên quan đến CSSKTT ở Việt Nam.

Kết luận 6. Trong khi khả năng duy trì hoạt động của các INGO trong lĩnh vực CSSKTT ở Việt Nam phụ thuộc hầu hết vào nguồn tài trợ từ Mỹ (các dự án của VVAF và FHI lấy kinh phí từ AP, USAID), thì nguồn kinh phí duy trì hoạt động của các tổ chức VNGO lại chủ yếu dựa vào phí dịch vụ do người dân chi trả. Riêng hoạt động nghiên cứu của RTCCD dựa chủ yếu vào nguồn kinh phí trực tiếp từ các tổ chức quốc tế, hoặc gián tiếp thông qua các dự án của quốc tế hỗ trợ hệ thống chính phủ.

Kết luận 7. Các VNGO có một số chuyên gia trong nước có chất lượng về lĩnh vực CSSKTT, đặc biệt là về CSSKTT dựa vào cộng đồng. Các chuyên gia đều ở các vị trí chủ chốt của các VNGO, là người hoạch định chiến lược phát triển tổ chức trong lĩnh vực CSSKTT, trực tiếp thực hiện các hoạt động tư vấn, đào tạo và tham gia cung cấp dịch vụ CSSKTT cho người dân. Tuy nhiên, lớp cán bộ kế cận của các tổ chức này vẫn chưa được phát triển cả về mặt số lượng lẫn chất lượng nhằm đáp ứng nhu cầu của chính các tổ chức đó.

Kết luận 8. Hỗ trợ trực tiếp cho NGO tham gia phát triển CSSKTT ở Việt Nam ước tính không quá 5 triệu USD trong 10 năm qua (2000-2010), trong đó, 90% cho INGO thông qua hai dự án của tổ chức VVAF và FHI. Ước tính cũng khoảng 90% của tổng kinh phí này đến từ AP.

Kết luận 9. Tổng kinh phí hỗ trợ trong 10 năm qua cho VNGO phát triển CSSKTT ở Việt Nam ước tính vào khoảng không quá 500 ngàn USD, và 80% trong số đó đến từ AP, trực tiếp cho trung tâm Sao Mai (khoảng 400 ngàn USD) xây dựng hạ tầng cơ sở. 10% còn lại cho các hoạt động tư vấn, hỗ trợ kỹ thuật của các chuyên gia thuộc VNGO, và cho các tổ chức trong nước, quốc tế liên quan đến phát triển CSSKTT ở Việt Nam.

Kết luận 10. Đã có sự nhìn nhận của quốc tế và chính phủ Việt Nam về vai trò của VNGO đối với sự phát triển CSSKTT tại Việt Nam, tuy nhiên mới ở mức sử dụng tư vấn kỹ thuật và tập trung vào một số chuyên gia đang công tác tại VNGO. Chưa có một chính sách hoặc một bài viết nào định hướng cho sự phát triển mảng dịch vụ CSSKTT do các tổ chức VNGO cung cấp nói riêng, và rộng ra bởi các NGO nói chung, đang triển khai ở Việt Nam.

7. KHUYẾN CÁO

Nghiên cứu đưa ra 5 khuyến cáo chính sách phát triển CSSKTT ở Việt Nam, trong đó có 2 khuyến cáo đặc thù cho mảng CSSKTT trẻ em và sự phát triển đề án BTXH cho người bệnh tâm thần của BLĐTBXH.

Khuyến cáo 1. Các tổ chức NGO, đặc biệt VNGO, đang là một bộ phận hoạt động có ý nghĩa thiết thực đóng góp vào sự cải thiện chất lượng CSSKTT tại Việt Nam ở cả cấp độ vĩ mô và vi mô. Nhóm nghiên cứu khuyến cáo tổ chức hội thảo khoa học quốc gia để xác định những đóng góp của các NGO vào sự phát triển CSSKTT tại Việt Nam, và rút ra các bài học định hướng chính sách.

Khuyến cáo 2. Các hoạt động của VNGO tập trung ở hai mảng: cung cấp dịch vụ CSSKTT ban đầu cho các đối tượng, và mảng CSSKTT/giáo dục PHCN cho trẻ mắc RNTT. Mô hình của trung tâm Sao Mai và phòng khám TuNa là điển hình cho các hoạt động đáp ứng nhu cầu thực tế của người dân của NGO. Các tổ chức này đang cung cấp bằng chứng thực tiễn về phương pháp tổ chức và duy trì dịch vụ chăm sóc ngoại trú, đặc biệt với đối tượng trẻ em. Việc hỗ trợ để các tổ chức này tổng kết một cách khoa học về cách thức tổ chức, vận hành và duy trì dịch vụ đáp ứng nhu cầu của xã hội sẽ giúp chính phủ và các tổ chức quốc tế có được tư liệu tham khảo tốt cho tiến trình phát triển chính sách CSSKTT ban đầu nói chung, và đặc biệt cho trẻ em nói riêng, ở Việt Nam.

Khuyến cáo 3. VNGO đang là nơi cung cấp tư vấn kỹ thuật tạo lập dịch vụ CSSKTT ban đầu và PHCN cho người bệnh tâm thần, bao gồm cả việc thiết kế thực hiện các nghiên cứu phát hiện nhu cầu cộng đồng, thiết kế và thực hiện các khóa đào tạo xây dựng dịch vụ CSSKTT ở tuyến ban đầu, thực hiện giám sát, hỗ trợ kỹ thuật tại chỗ (dạng cầm tay chỉ việc) giúp nâng cao chất lượng dịch vụ CSSKTT một cách hiệu quả. Tuy nhiên nguồn lực này tập trung chủ yếu ở Hà Nội. Đã đến lúc cần xem NGO, và đặc biệt VNGO, là một nguồn lực CSSKTT ở Việt Nam để có chính sách phát triển nguồn lực này ra phạm vi toàn quốc.

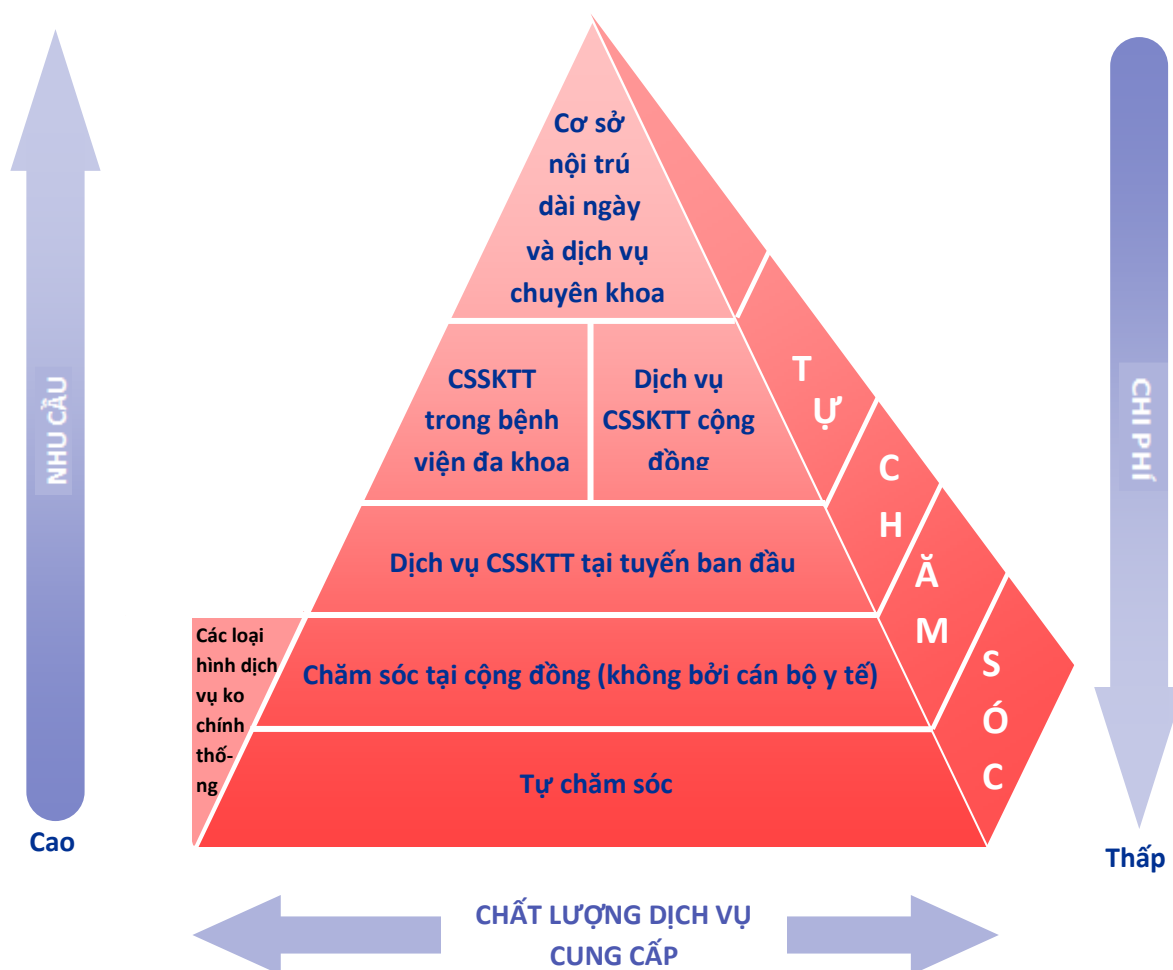
Khuyến cáo 4. Dịch vụ CSSKTT do VNGO cung cấp đã có chỗ đứng trong xã hội, tuy nhiên chưa được chính phủ và các tổ chức viện trợ quốc tế để ý đến trong tiến trình phát triển chính sách chăm sóc sức khỏe nói chung và CSSKTT nói riêng cho Việt Nam. Bản thân các tổ chức này cũng chưa thu hút được nguồn lực cán bộ để mở rộng hoạt động của mình đáp ứng với nhu cầu xã hội, và nguồn chuyên gia của họ bị phân tán bởi các hoạt động tư vấn phục vụ dự án của các INGO hoặc chính phủ. Đã đến lúc các nhà hoạch định chính sách phát triển CSSKTT ở Việt Nam phải luôn xem đây là bộ phận không thể bỏ qua. Việc phát triển mô hình “Chính phủ đầu tư, VNGO quản lý và thực hiện” đáp ứng nhu cầu của người dân, hoặc viện trợ trực tiếp từ tổ chức quốc tế đến VNGO cần phải được xem là ưu tiên trong thời gian tới.

Khuyến cáo 5. Đề án phát triển hệ thống BTXH cho người bệnh tâm thần của BLĐTBXH, hoặc các đề án CSSKTT dựa vào cộng đồng của chính phủ trong thời gian tới cần được thiết kế theo hướng sử dụng dịch vụ có sẵn (cả về nghiên cứu, đào tạo lẫn triển khai mô hình) của các VNGO, hoặc có chiến lược áp dụng và nhân rộng mô hình của VNGO, chẳng hạn với mô hình CSSKTT dựa vào cộng đồng của RTCCD, phương pháp Dưỡng sinh TuNa trong dự phòng, điều trị, PHCN cho người bệnh tâm thần, và các mô hình CSSKTT thiết kế cho các đối tượng yếu thế khác như trẻ em, phụ nữ có thai và nuôi con nhỏ, người nhiễm HIV, người già. BLĐTBXH cần xem các VNGO là đối tác chiến lược trong phát triển hệ thống BTXH và chăm sóc sức khỏe cho người bệnh tâm thần dựa vào cộng đồng.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Maria Niemi, Huong TT Tran, Tran Tuan and Torkel Falkenberg (2010). *Mental health priorities in Viet Nam: a mixed-methods analysis*; BMC Health Services Research 2010, 10:257. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/257>
2. Harry Minas (2009). Reform of the BLĐTBXH Centres for persons with severe mental disorders. Mission report to WHO & BLĐTBXH, November 2009
3. RTCCD (2010). Đề nghị dự án phát triển mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần tích hợp vào dịch vụ phòng khám ngoại trú cho người nhiễm HIV tại Đông Anh (Hà Nội) và Quận 1 – quận 10 tp Hồ Chí Minh. Đề nghị dự án của RTCCD gửi FHI Hà Nội, 12/2010.
4. T Tuan, L T Buoi, N T Trang (2008). Evaluation of the community mental health project Cost-Benefit Analysis of Community-Based Mental Health Care Model. Mission report to WHO, Hanoi 2008.
5. VVAF (2008). Proposal to AP: Development of comprehensive, integrated, and community-oriented mental health care system in Da Nang and Khanh Hoa. Vietnam Veterans of America Foundation; Hanoi March 2008.
6. WHO (1994). Quality assurance in mental health care. Checklists & glossaries. Vol.1. WHO/MNH/MND/94.17.
7. WHO. (2001). the world Health Report 2001: Mental Health: New understanding, new hope. pp. 1-169: World Health Organization
8. WHO (2005) Mental health policy and service guidance package: Child and adolescent mental health policies and plans. World Health Organization, Geneva.
9. WHO-Wonca (2008). Integrating mental health onto primary care: A global perspective. World Health Organization and World Organization of Family Doctors, WHO Library cataloguing-in-Publication Data. Geneva.
10. Vickram Patel, Niall Boyce, Pamela Y Collins, Shekhar Saxena, Richard Horton (2011). A renewed agenda for global mental health. www.thelancet.com. Vol 378. Oct 22, 2011.

**Phụ lục 1. Mô hình lý tưởng cấu trúc hệ thống cung cấp dịch vụ
CSSKTT do WHO khuyến cáo**
(WHO and Monica, 2008; bản dịch của RTCCD, 2010)



Phụ lục 2. Các công cụ thu thập thông tin

2.1. Phiếu sàng lọc các mô hình sáng kiến trong lĩnh vực CSSKTT ở Việt Nam

(Minh họa: Mẫu phiếu sàng lọc do VVAF điền và gửi lại)

Tên tổ chức:

- Tiếng Việt: **Quỹ Cựu Chiến binh Mỹ tại Việt Nam**
- Tiếng Anh: **Vietnam Veterans of America Foundation (VVAF)**

Địa chỉ: **20 Hạ Hồi, Hoàn Kiếm, Hà Nội**

Người điền phiếu: **Nguyễn Thanh Tâm**

Điện thoại hoặc Email liên hệ: **091221-2772**

Xin anh/chị vui lòng trả lời các câu hỏi dưới đây:

Câu hỏi 1. Tổ chức của anh/chị có hoạt động trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần, BTXH, hoặc phục hồi chức năng cho người bệnh tâm thần không?

- Có ☒ → chuyển Câu 3
- Không ☐ Nếu không, trả lời câu 2 xong thì kết thúc, gửi thông tin về lanbtxh@yahoo.com hoặc thaplongrtccd@gmail.com

Câu hỏi 2. Anh/chị có biết tổ chức NGO nào đang hoạt động trong lĩnh vực này? (ghi rõ tên, địa chỉ liên hệ)

- NGO trong nước: RTCCD, SAO MAI CENTER
- NGO quốc tế: SANGATH (India), BASICNEEDS (UK), RAND (US)
- Các tổ chức độc lập khác:

Câu hỏi 3. Nếu có hoạt động trong lĩnh vực CSSKTT, BTXH, hoặc phục hồi chức năng cho người tâm thần, anh/chị hãy kể tên dự án/hoạt động điển hình nhất? (đề nghị viết tóm tắt: Tên dự án, mục tiêu chính, địa điểm hoạt động, thời gian triển khai)

Dự án/hoạt động 1: Nâng cao năng lực hệ thống y tế từ tuyến tỉnh đến tuyến cộng đồng thông qua tập huấn, giám sát, trao đổi kinh nghiệm và nâng cấp cơ sở hạ tầng, cung cấp trang thiết bị, thuốc men thiết yếu

Dự án/hoạt động 2: Thí điểm mô hình chăm sóc trầm cảm tại cộng đồng

Dự án/hoạt động 3: Thông tin, giáo dục, truyền thông

Câu hỏi 4. Anh/chị có đồng ý chia sẻ kinh nghiệm hoạt động trong lĩnh vực này với nhóm cán bộ nghiên cứu thuộc Cục BTXH?

- Có ☒
- Không ☐ Kết thúc ở đây.

Câu hỏi 5. Nếu có, xin gửi cho chúng tôi một bản “Tóm tắt dự án” mong muốn được chia sẻ với Cục BTXH/BLĐTBXH, và cho biết tên người chúng tôi cần liên hệ để tổ chức thành công chuyến khảo sát tham quan học tập:

- Họ tên: Nguyễn Thanh Tâm
- Vị trí công tác: Giám đốc dự án
- Địa chỉ Email: nguyentam@ic-vvaf.org
- Số ĐT liên hệ: 091221-2772

Vui lòng gửi mẫu hoàn thành về Cục BTXH - Bộ LĐTBXH trước ngày 30/09/2010 theo địa chỉ email:

lanbtxh@yahoo.com hoặc thaplongrtccd@gmail.com

Trân trọng cảm ơn./.

2.2. Bảng khảo sát cơ sở cung cấp dịch vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Tâm Thần

BẢNG KHẢO SÁT CƠ SỞ CUNG CẤP DỊCH VỤ CSSKTT

(Phục vụ nghiên cứu đánh giá mô hình/sáng kiến CSSKTT do NGOs vận hành)

1. Lịch sử phát triển của phòng khám (cơ sở, dự án)

1.1	Xin hãy kể về quá trình phát triển của cơ sở? _____ _____ _____
1.2	Cơ sở /Phòng khám được thành lập khi nào? _____ _____
1.3	Các mốc thời gian đánh dấu sự phát triển của phòng khám? _____ _____ _____ _____
1.4	Phòng khám mở rộng và phát triển ra sao? _____ _____ _____

2. Cơ sở vật chất (Nguồn nhân lực, đào tạo, trang thiết bị, tài chính)

Danh sách cán bộ và chuyên môn

2.1 Bác sĩ

2.1.1	Số người ____ người		
2.1.2	Số năm đào tạo, bằng cấp chuyên môn và khối lượng công việc của từng người		
STT	Số năm đào tạo	Khối lượng công việc	Bằng cấp cao nhất
__	__	—	—
__	__	—	—
1 = toàn thời gian, 2 = kiêm nhiệm			
1 = Bác sĩ, 2 = CK1, 3 = CK2, 4 = Thạc sĩ, 5 = Tiến sĩ			

2.2 Điều dưỡng

2.2.1	Số người ____ người
2.2.2	Số năm đào tạo, bằng cấp chuyên môn và khối lượng công việc của từng người

STT	Số năm đào tạo	Khối lượng công việc	Bảng cấp cao nhất
---	---	—	—
---	---	—	—
---	---	—	—

1 = toàn thời gian, 2 = kiêm nhiệm

1 = Cao đẳng, 2 = Cử nhân, 3 = Thạc sĩ, 4 = Tiến sĩ

2.3 Bác sĩ tâm thần

2.3.1 Số người		__ __ người	
2.3.2 Số năm đào tạo, bảng cấp chuyên môn và khối lượng công việc của từng người			
STT	Số năm đào tạo	Khối lượng công việc	Bảng cấp cao nhất
---	---	—	—
---	---	—	—

1 = toàn thời gian, 2 = kiêm nhiệm

1 = Cao đẳng, 2 = Cử nhân, 3 = Thạc sĩ, 4 = Tiến sĩ

2.4 Cán bộ công tác xã hội

2.4.1 Số người		__ __ người	
2.4.2 Số năm đào tạo và khối lượng công việc của từng người			
STT	Số năm đào tạo	Khối lượng công việc	
---	---	—	
---	---	—	

1 = toàn thời gian, 2 = kiêm nhiệm

2.5 Khác

Xin hãy liệt kê các vị trí công việc khác trong cơ quan của anh/chị.		
2.5.1	Tổng số cán bộ	__ __ người
2.5.2	Số năm được đào tạo	__ __ năm
2.5.3	Chế độ làm việc	
	Toàn thời gian	[] 1
	Kiểm nhiệm	[] 2

3. Đào tạo nhân viên

3.1	Cơ quan đã cung cấp những khoá tập huấn/ đào tạo nào cho nhân viên? (Liệt kê các khoá học, nội dung, thời gian học...)
-----	---

4. Trang thiết bị và nguồn lực

4.1	Cơ sở anh/chị hiện có những khoa phòng nào? (vui lòng đánh dấu)	
	Khoa khám chữa bệnh	() 1
	Khu điều trị nội trú	() 2 __ Bao nhiêu giường?
	Phòng tư vấn riêng biệt	() 3 __ Bao nhiêu phòng?
	Nhà thuốc	() 4
	Khu sốc điện	() 5
	Khác (nêu rõ) _____	() 6
4.2	Kinh phí hoạt động của cơ sở đến từ đâu? (vui lòng đánh dấu)	
	Ngân sách nhà nước	() 1
	Tài trợ quốc tế (nêu rõ) _____	() 2
	Viện phí của bệnh nhân	() 3
	Khác (nêu rõ) _____	() 4
4.3	Nguồn kinh phí khác mà cơ sở có? (vui lòng ghi rõ)	
4.4	Mô hình dịch vụ và quản lý	
	Phòng khám hoạt động mấy tiếng một ngày?	__ giờ
	Phòng khám hoạt động mấy ngày một tuần?	__ ngày
4.5	Loại hình dịch vụ phòng khám cung cấp? (vui lòng đánh dấu)	
	Tư vấn cá nhân	() 1
	Tư vấn nhóm	() 2
	Tư vấn cho gia đình	() 3
	Tư vấn hôn nhân	() 4
	Điều trị trẻ em	() 5
	Phục hồi chức năng cho người nghiện rượu và ma túy	() 6
	Nhà lánh nạn cho nạn nhân của bạo lực gia đình/tình dục	() 7
	Tuyên truyền sức khỏe	() 8
	Giáo dục sức khỏe	() 9
	Điều trị tự nguyện/theo yêu cầu	() 10
	Bệnh nhân bảo hiểm	() 11
	Sốc điện	() 12
	Pha chế/quản lý thuốc	() 13

	Khác (nêu rõ)_____	() 14
4.6	Dịch vụ nào được sử dụng nhiều nhất? (vui lòng đánh dấu vào 1 lựa chọn duy nhất)	
	Tư vấn cá nhân	[] 1
	Tư vấn nhóm	[] 2
	Tư vấn cho gia đình	[] 3
	Tư vấn hôn nhân	[] 4
	Điều trị trẻ em	[] 5
	Phục hồi chức năng cho người nghiện rượu và ma túy	[] 6
	Nhà lánh nạn cho nạn nhân của bạo lực gia đình/ tình dục	[] 7
	Tuyên truyền sức khỏe	[] 8
	Giáo dục sức khỏe	[] 9
	Điều trị tự nguyện/ theo yêu cầu	[] 10
	Bệnh nhân bảo hiểm	[] 11
	Sốc điện	[] 12
	Pha chế/quản lý thuốc	[] 13
Khác (nêu rõ)_____	[] 14	
4.7	Cơ sở hiện hoạt động theo quy trình thực hiện chuẩn nào? (xin hãy mô tả và cung cấp bản copy nếu có thể được)	
4.8	Hiện cơ sở có các phác đồ điều trị nào? (xin hãy mô tả và cung cấp bản copy nếu có thể được)	

5. Đặc điểm của người sử dụng dịch vụ

5.1	Những đối tượng nào là người sử dụng dịch vụ thường xuyên nhất? (vui lòng đánh dấu)	
	Tư vấn cá nhân	() 1
	Tư vấn nhóm	() 2
	Tư vấn cho gia đình	() 3
	Tư vấn hôn nhân	() 4
	Điều trị trẻ em	() 5
	Phục hồi chức năng cho người nghiện rượu và ma túy	() 6
	Nhà lánh nạn cho nạn nhân của bạo lực gia đình/ tình dục	() 7
	Khác (nêu rõ)_____	() 8
5.2	Cơ sở thường điều trị loại hình rối nhiễu tâm trí nào nhất? (vui lòng đánh dấu)	
	Tâm thần phân liệt/rối loạn tâm thần	() 1
	Trầm cảm	() 2

	Rối loạn lưỡng cực	() 3
	Nghiện rượu/ma túy	() 4
	Động kinh	() 5
	Stress sau sang chấn	() 6
	Nạn nhân của bạo lực cơ thể và bạo lực tình dục	() 7
	Rối loạn phát triển ở trẻ em và vị thành niên	() 8
	Rối loạn hành vi ở trẻ em hoặc vị thành niên	() 9
5.3	Tổng số bệnh nhân của cơ sở /năm?	_____
5.4	Người sử dụng dịch vụ thanh toán chi phí bằng cách nào? (vui lòng đánh dấu)	
	Bảo hiểm y tế	() 1
	Bảo hiểm y tế do cá nhân tự mua	() 2
	Tự thanh toán	() 3
	Khác (nêu rõ) _____	() 4

6. Sự hài lòng của người bệnh

6.1	Cơ sở của anh chị có tiếp nhận những góp ý từ phía người bệnh hay không? (vui lòng đánh dấu vào 1 lựa chọn duy nhất)	
	Có	[] 1
	Không	[] 2 Kết thúc ở đây
6.2	Nếu có, những góp ý này có được tập hợp thành báo cáo hay không? (vui lòng đánh dấu vào 1 lựa chọn duy nhất)	
	Có (xin một bản copy)	[] 1
	Không	[] 2
6.3	Cách thức thu thập những góp ý/ ý kiến của người bệnh (xin hãy miêu tả)	
6.4	Loại ý kiến nào cơ sở anh chị thường gặp? (xin hãy mô tả và cung cấp ví dụ)	

Quan sát và thu thập các văn bản

- ✓ Quan sát cơ sở vật chất và nguồn lực của phòng khám, bổ sung nếu hiện chưa có trong danh sách. Thu thập các tài liệu, báo cáo nếu có liên quan đến tiến trình đánh giá cơ sở.

Phụ lục 3. Dưỡng Sinh TuNa phòng và điều trị RNTT

1. Đặc điểm

Dưỡng Sinh TuNa là phương pháp phòng và điều trị RNTT không dùng thuốc, trên cơ sở lý thuyết hành vi liệu pháp, được tác giả BS. TS. Trần Tuấn (Giám đốc Trung tâm RTCCD) xây dựng nhằm giúp bệnh nhân đến khám và điều trị ở phòng khám TuNa trong giai đoạn 2005-2008. Liệu pháp được xây dựng đặc biệt dành cho bệnh nhân mắc bệnh tâm thần, do đó cần phải dễ hiểu, dễ học, dễ thực hành và dễ tạo thành thói quen hàng ngày.

Dưỡng Sinh TuNa được thực hiện, ngoài phòng khám TuNa và trung tâm RTCCD, còn trong dự án can thiệp chăm sóc giảm nhẹ của FHI tại Vân Đồn, Quảng Ninh (2008-2010) và dự án thí điểm của FHI-RTCCD về CSSKTT tại ba OPC cho người nhiễm HIV/AIDS tại Đông Anh (Hà Nội), Quận 1 và Quận 10 thành phố HCM (2011-2012). Thông qua dự án này, chương trình đào tạo Dưỡng Sinh TuNa được xây dựng và thử nghiệm qua 10 ngày đào tạo cho các cán bộ tại ba OPC. Dưỡng Sinh TuNa được xem là liệu pháp không dùng thuốc hiệu quả cho sử dụng tại OPC trong quá trình tư vấn dự phòng và điều trị các bệnh tâm thần cho người nhiễm HIV/AIDS.

Tháng 10/2011, RTCCD đã phát triển đề cương mời một tổ chức nghiên cứu quốc tế tại Canada cùng thực hiện đánh giá Dưỡng Sinh TuNa. Do đó liệu pháp này sẽ được chứng minh về tính hiệu quả qua bằng chứng khoa học dựa trên cộng đồng trước khi đưa vào vận động chính sách nhằm áp dụng trên toàn quốc.

2. Nội dung cơ bản của Dưỡng Sinh TuNa

Toàn bộ triết lý và phương pháp Dưỡng sinh TuNa được tóm tắt bằng bài thơ:

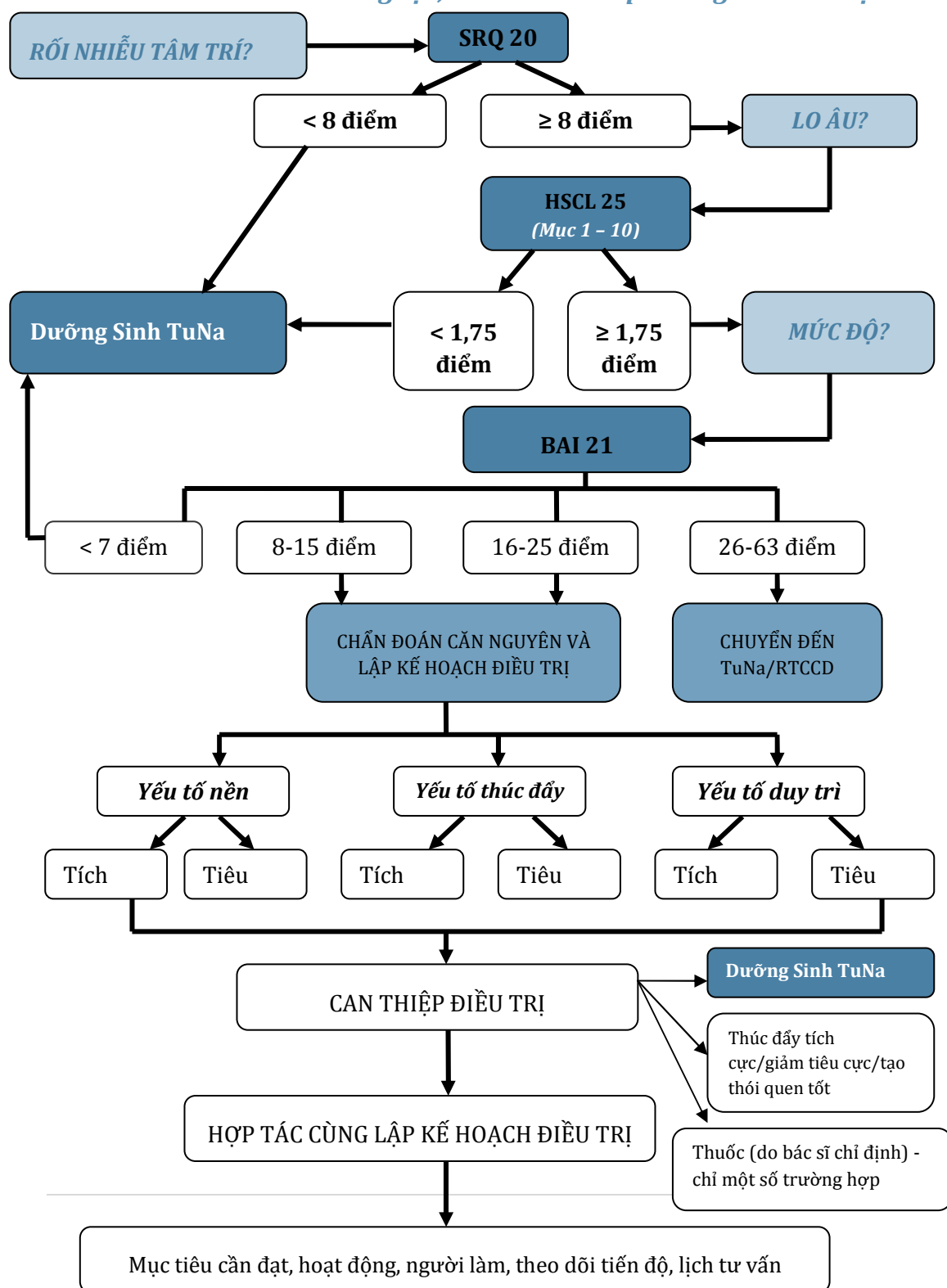
*Thở, Thiền, Thư Giãn, Tập Toàn Thân,
Tắm, Tiện, Thực, Thơ, Nếp Sống Thành.
Nền Vững, Ta Xây Tỏa Sức Khỏe
Tâm An, Trí Sáng, Bệnh Mau Lành !
(Tâm An, Trí Sáng, Việc Mau Thành!)*

Khi thực hành, bắt đầu bằng việc tạo thói quen thực hiện bài tập toàn thân mỗi sáng, trong đó tích hợp cả thở, thiền, thư giãn. Tiếp theo là vệ sinh cá nhân, tắm, ăn sáng, suy nghĩ tích cực, rút kinh nghiệm hôm trước và lập kế hoạch hoạt động trong ngày. Tất cả được viết theo cách 4D (đơn giản, dễ hiểu, dễ áp dụng, dễ tạo thói quen kinh nghiệm), ngay cả với người bị RNTT (vốn rất khó điều chỉnh hành vi bất lợi và xây dựng hành vi tích cực).

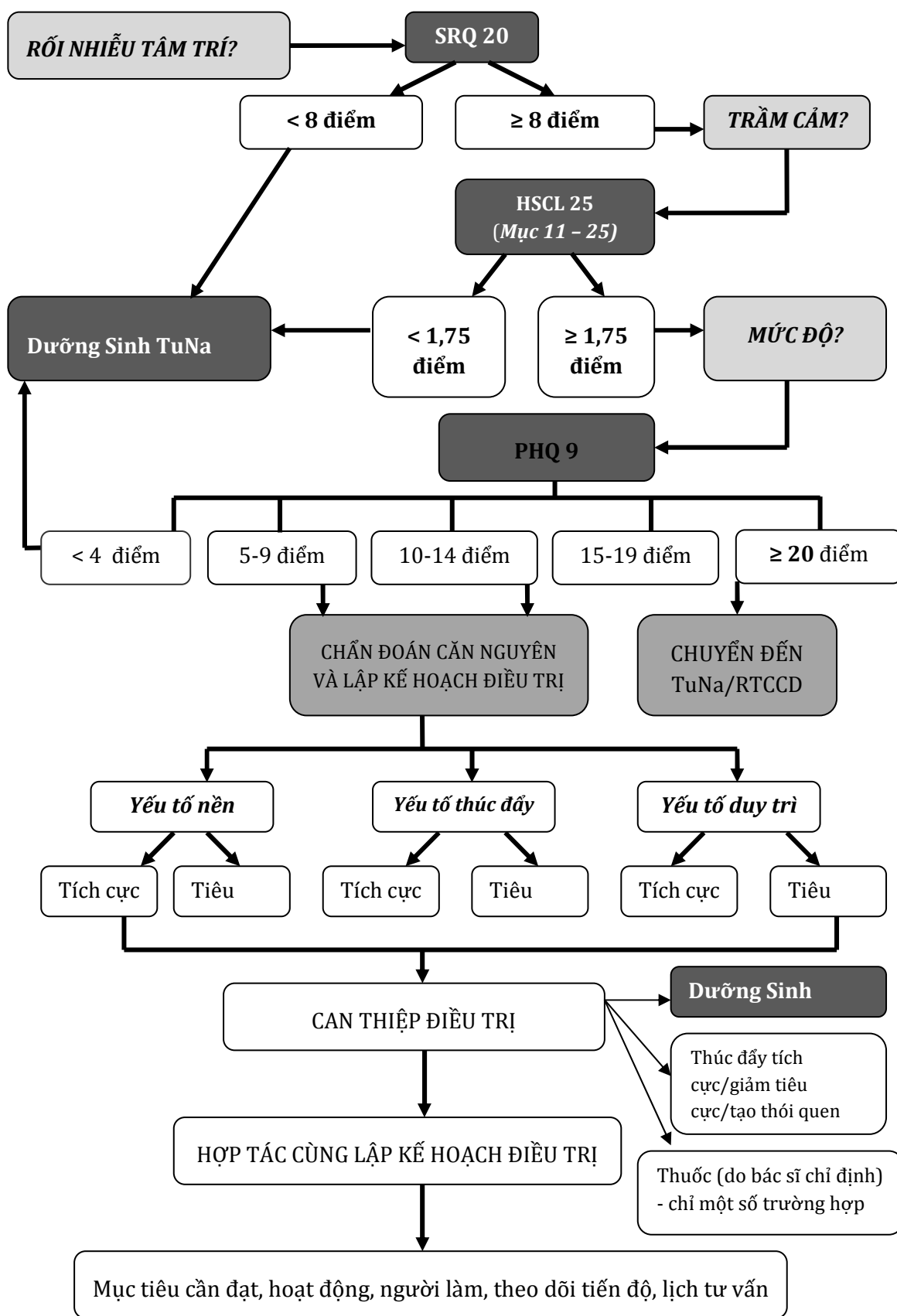
Phụ lục 4. Trình tự tiếp cận lâm sàng trong chẩn đoán và điều trị các bệnh tâm thần phổ biến của phòng khám TuNa

Áp dụng tại Phòng khám TuNa, OPC Vân Đồn, Quảng Ninh và hiện đang được xem xét đưa vào sử dụng trong dự án thiết lập dịch vụ CSSKTT tại phòng khám ngoại trú cho người nhiễm HIV/AIDS ở Đông Anh, Hà Nội và Quận 1 và Quận 10, tp HCM, năm 2011-2012.

4.1. Sơ đồ sàng lọc, chẩn đoán và phương án điều trị RNTT dạng LO ÂU



4.2. Sơ đồ sàng lọc, chẩn đoán và phương án điều trị RNTT dạng TRẦM CẢM

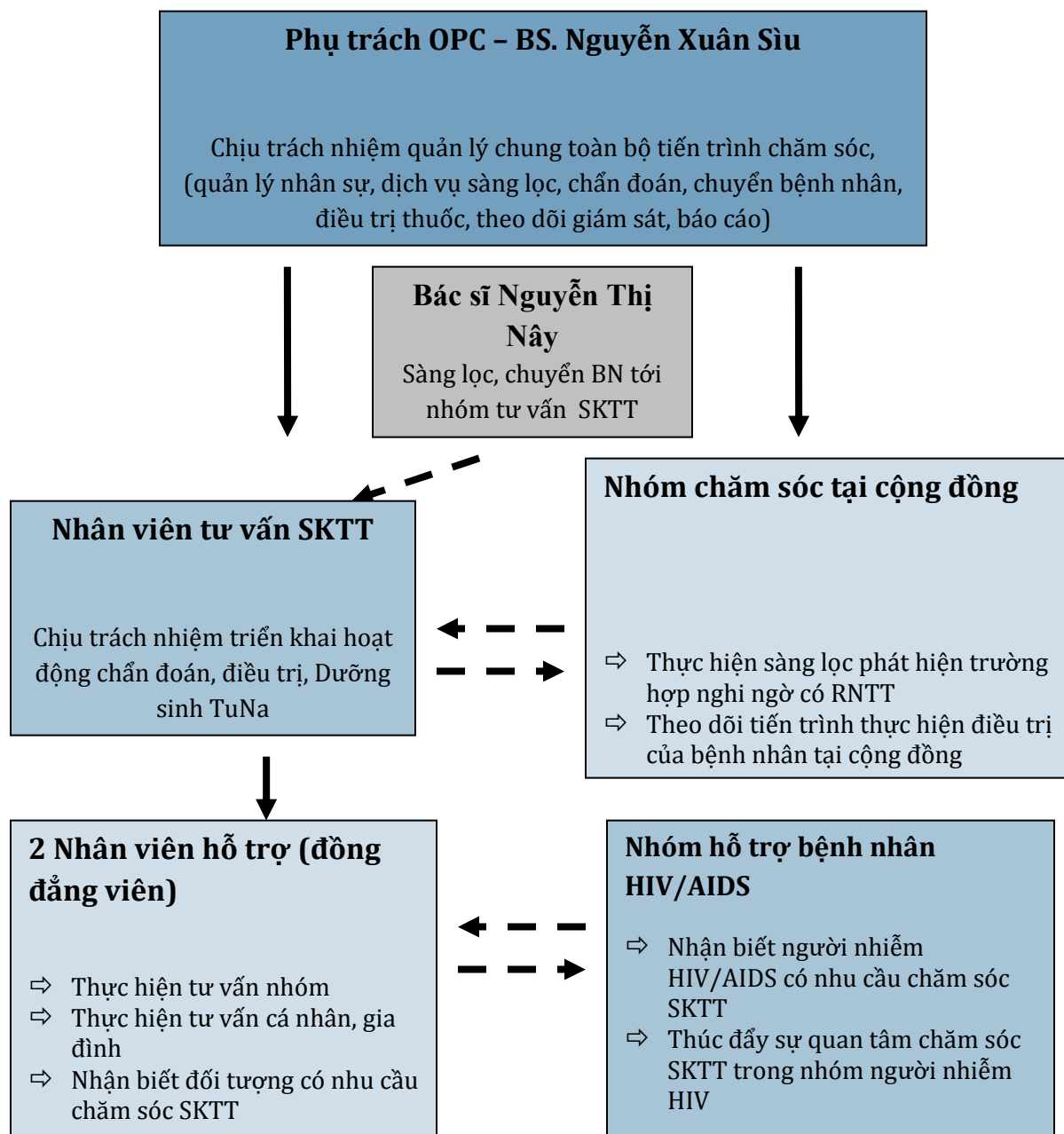


Các từ viết tắt:

- SDQ25: Strength and Difficulties Questionnaire 25 items
- HSCL: Hopkin Symptom Checklist
- BAI21: Behavior Assessment Inventory 21 items
- PHQ9: Patient Health Questionnaire

Phụ lục 5. Mô hình dịch vụ CSSKTT tích hợp vào phòng khám ngoại trú cho người nhiễm HIV/AIDS tại Vân Đồn (Quảng Ninh)

(Dự án can thiệp phối hợp giữa FHI-RTCCD-SYT Quảng Ninh)



Phụ lục 6. Mô hình chăm sóc và giáo dục trẻ thiếu năng trí tuệ của trung tâm Sao Mai

1. Đặc điểm của mô hình

- Mô hình của Trung tâm Sao Mai là lấy trẻ làm trung tâm, tập trung vào các trường hợp trẻ tự kỷ, mục tiêu can thiệp sớm, hệ thống, để giúp trẻ đạt được các kỹ năng cần thiết, có thể sớm trở lại hòa nhập xã hội.
- Mô hình của Trung tâm Sao Mai được tạo lập từ năm 1995, do bác sĩ tâm thần ĐỖ THÚY LAN thiết kế và trực tiếp thực hiện. Là cơ sở thuộc Hội cứu trợ trẻ em tàn tật Việt Nam, loại hình được nhà nước công nhận là tổ chức nhân đạo. Hoạt động theo nguyên tắc tự hạch toán. Sau 8 năm hoạt động, được thành phố Hà Nội cấp đất, được AP tài trợ kinh phí xây dựng hạ tầng cơ sở. Quá trình phát triển hoàn toàn dưới sự điều hành chuyên môn và quản lý của người sáng lập (BS. Lan).

2. Các dịch vụ cung cấp hiện nay

Các dịch vụ do Trung tâm Sao Mai cung cấp gồm: (1) phòng khám; (2) trị liệu can thiệp sớm; (3) hướng nghiệp; (4) tiếp nhận sinh viên thực tập (cả quốc tế và trong nước)

- Dịch vụ phòng khám: Đánh giá chức năng, kỹ năng tâm thần của trẻ (từ dưới 1 tuổi đến 16 tuổi); khám sức khỏe chung. Đối tượng phục vụ chủ yếu là trẻ dưới 6 tuổi (chiếm khoảng 3/4 số bệnh nhân đến cơ sở). Các test đánh giá gồm đánh giá các chỉ số IQ, DQ sử dụng Denver 2, Raven màu, đánh giá tự kỷ và tăng động giảm chú ý (phối hợp cả đánh giá trẻ và qua đánh giá phụ huynh).
- Trị liệu can thiệp: giáo dục, rèn các kỹ năng sống cơ bản cho trẻ bệnh.
- Dịch vụ hướng nghiệp (trồng rau sạch, làm tượng thạch cao .v.v...): dành cho trẻ 13-15 tuổi
- Cơ sở thực tập của sinh viên trong và ngoài nước: từ nhiều năm nay.

3. Hạ tầng cơ sở và nguồn nhân lực

- Sao Mai là trung tâm duy nhất trong số các cơ sở đánh giá được chính quyền thành phố cấp đất (1300 m²) ở vào vị trí trung tâm thành phố (khu Khương Đình, quận Thanh Xuân) và do AP tài trợ kinh phí xây dựng (khoảng 400 ngàn USD). Diện tích sử dụng hiện tại là 866m² gồm 19 lớp học, 18 phòng trị liệu, 1 bể bơi, 1 quán cà phê, hai mặt phố, thuận tiện cho dịch vụ khám chữa bệnh.
- Số nhân viên: trung bình là 90 nhân viên, tất cả đều làm 100% thời gian cho trung tâm. Trong đó:
 - o chuyên môn y tế (1 bác sĩ tâm thần, 1 nhân viên PHCN và 2 điều dưỡng)
 - o khoảng 70 nhân viên trị liệu: có 16 cử nhân tâm lý tốt nghiệp đại học (trị liệu ngôn ngữ, do chuyên gia Hà Lan điều trị 1 năm); 1 giáo viên dạy văn hóa (tốt nghiệp đại học), còn lại là cao đẳng mẫu giáo.
 - o 19 nhân viên bảo vệ, nhân viên hành chính và đầu bếp;
 - o Thường xuyên có chuyên gia quốc tế, tình nguyện viên quốc tế và tình nguyện viên trong nước đến làm việc (hiện trung tâm có 1 chuyên gia quốc tế; 14 tình nguyện viên quốc tế - nói tiếng Anh. 40 tình nguyện viên trong nước từ hai trường Đại học Ngân hàng (đến chơi với trẻ) và trường Amsterdam (đến hỗ trợ giáo viên công tác xã hội; chơi với trẻ) có lịch định kỳ đến với Trung tâm.

4. Nguồn kinh phí

Nguồn thu từ các loại dịch vụ: học phí (70%) các dịch vụ khác 30% (khám bệnh, giải khát). Không thu phí quốc tế (với các sinh viên quốc tế, tình nguyện viên quốc tế). Doanh thu mỗi năm: khoảng 6 tỷ đồng (trung bình 500 triệu/tháng).

5. Tài liệu về trung tâm Sao Mai

Trung tâm có trang web riêng: www.morningstarcenter.net; Tuy nhiên, cho đến nay, chưa có tổng kết về nào đối tượng phục vụ, chưa có tài liệu viết nào đánh giá mô hình của Trung tâm Sao Mai. Hiện trung tâm đang có kế hoạch làm việc với tổ chức VNGO trong nước (CSIP) để cuối năm 2012 sẽ hoàn thành cuốn sách về phương pháp can thiệp sớm giáo dục đặc biệt và giáo dục hòa nhập (không phải viết về Trung tâm Sao Mai). Coi như cuốn sách là để chuyển giao kỹ thuật. Trung tâm đã báo cáo mô hình này tại nhiều hội nghị của BYT (nhưng chưa làm với Bộ Giáo dục hoặc BLĐTBXH) và thường xuất hiện trong các báo cáo của Hội Trẻ em Tàn tật Việt Nam.

6. Khác

- Từ khi thành lập đến nay, trung tâm chưa có bài báo khoa học nào, hoặc thực hiện một hoạt động nghiên cứu khoa học nào. Trong năm nay, dự kiến sẽ có hợp tác khoa học với Đại học Kioto của Nhật để thử nghiệm về test Bestner phát hiện sớm tự kỷ.
- Khả năng: sẽ mở rộng mô hình Sao Mai tại Hải Phòng (đang làm); miền Trung (dự định làm). Nguyên tắc: các nơi mở trung tâm; Sao Mai đỡ đầu; coi là cơ sở 2, sau khi họ có tư cách pháp nhân, sẽ tự lực đứng ra.
- Chế độ lương và đãi ngộ bảo hiểm thực hiện như bên viên chức nhà nước. Riêng mức thưởng cao hơn. So với bên nhà nước, thu nhập cao hơn (so với cùng trình độ) nhưng chưa thể đạt mức gấp đôi.
- Phỏng vấn bệnh nhân: Tin tưởng chuyên môn. Tuy nhiên, việc theo được đầy đủ chương trình của trung tâm trong thời gian hai năm, là một khó khăn lớn về tài chính đối với gia đình. Do vậy, cố gắng theo đến khi nào không được thì thôi.

Phụ lục 7. Mô hình hệ thống CSSKTT tuyến tỉnh theo hướng dựa vào cộng đồng của VVAF-SYT Đà Nẵng-Khánh Hòa

1. Tổng quan

Dự án của VVAF tại Đà Nẵng và Khánh Hòa 2009-2012 nhằm mục tiêu: nâng cao chất lượng điều trị tâm thần nói chung, trong đó đích hướng tới là bệnh trầm cảm.

2. Đặc điểm mô hình

Lồng ghép vào chương trình quốc gia. Bắt đầu từ tháng 9/2009 thông qua củng cố đào tạo, hỗ trợ và giám sát:

- Đặc điểm mô hình:
 - Chia rõ từng bước
 - Tập trung vào vấn đề bệnh nhân, sử dụng tâm lý trị liệu chứ không chỉ là dược lý trị liệu
 - Sử dụng các mô hình có bản quyền của quốc tế
- Tăng cường năng lực của địa phương:
 - Đào tạo hỗ trợ về tâm thần tại tuyến tỉnh và nhóm giám sát thông qua các khóa đào tạo ngắn và tham quan nước ngoài
 - Đào tạo cán bộ y tế tại cộng đồng về trầm cảm, về cách để sử dụng bộ sàng lọc PHQ29, giao tiếp với bệnh nhân, hỗ trợ tâm lý và xã hội tại trạm y tế và tại thôn bản
 - Phát triển các công cụ đào tạo và tài liệu tham khảo gồm sách hướng dẫn CSSKTT cộng đồng về sàng lọc trầm cảm sử dụng PHQ9.
- Chiến lược thực hiện: Thực hiện thí điểm 4 xã (hai xã tại Đà Nẵng và 2 xã tại Khánh Hòa), sau đó mở rộng ra 3 xã khác trước khi kết thúc giai đoạn thí điểm vào tháng 12/2012. Tại các xã thí điểm:
 - Thực hiện các hoạt động đào tạo cho cán bộ y tế tại cộng đồng bao gồm cán bộ tại trạm y tế xã và cán bộ y tế thôn
 - Thực hiện các hoạt động hỗ trợ và giám sát bởi các cán bộ của bệnh viện tâm thần tỉnh.
- Mời các chuyên gia hàng đầu quốc tế về CSSKTT đến cung cấp các hỗ trợ kỹ thuật cho dự án Việt Nam như TS. Vickram Patel, TS. Chris Underhill (Anh), Vicky Ngo (Mỹ) và nhóm CSSKTT Vanderbilt, đứng đầu là TS. Weis Bahr (Mỹ). Trong đó, các chuyên gia của Mỹ (Vicky Ngo và TS. Weis Bahr) hỗ trợ thường xuyên cho nhóm dự án VVAF thông qua đàm thoại bằng Skype 2 lần/tuần.
- Sử dụng bệnh trầm cảm như là một hướng can thiệp của dự án nhằm cải thiện sự tiếp cận của cộng đồng đến dịch vụ CSSKTT và củng cố chất lượng của dịch vụ này thông qua các cán bộ y tế tại cộng đồng.