

BỘ Y TẾ

ĐỀ ÁN TĂNG CƯỜNG HỆ THỐNG
CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN
GIAI ĐOẠN 2024-2030

Hà Nội, 2023

MỤC LỤC

DANH MỤC KÝ HIỆU VÀ CHỮ VIẾT TẮT	4
ĐẶT VẤN ĐỀ	5
PHẦN 1. SỰ CẦN THIẾT BAN HÀNH ĐỀ ÁN.....	7
1. THÔNG TIN CHUNG	7
1.1. Khái niệm sức khoẻ tâm thần	7
1.2. Khái niệm RLTT, bệnh tâm thần.....	7
1.3. Nguyên nhân gây RLTT	7
1.4. Phân loại các rối loạn tâm thần.....	9
2. GÁNH NẶNG RLTT	10
2.1. Tình hình bệnh tật.....	10
a) Trên thế giới	10
b) Tại Việt Nam	12
2.2. Gánh nặng bệnh tật, tử vong.....	12
2.3. Ảnh hưởng kinh tế	13
2.4. Ảnh hưởng xã hội	13
3. TÌNH HÌNH ĐÁP ỨNG CSSKTT TRÊN THẾ GIỚI.....	14
3.1. Luật pháp, chính sách	14
3.2. Nhân lực	15
3.3. Giường bệnh tâm thần/dân số.....	16
3.4. Cơ sở chăm sóc SKTT.....	18
3.5. Nhận thức của cộng đồng, nhân viên y tế.....	19
4. THỰC TRẠNG HỆ THỐNG CHĂM SÓC SKTT TẠI VIỆT NAM	20
4.1. Luật pháp về tâm thần	20
4.2. Các chính sách về tâm thần	22
4.3. Hệ thống cơ sở chăm sóc SKTT	26
4.4. Giường bệnh tâm thần	26
4.5. Nhân lực	27
4.6. Trang thiết bị thiết yếu.....	27
4.7. Thuốc thiết yếu	28
4.8. Về các quy định hướng dẫn chuyên môn kỹ thuật và phương thức cung ứng dịch vụ	30
4.9. Đào tạo.....	32
4.10. Tâm lý trị liệu, tâm lý lâm sàng	35
4.11. Về tài chính và cơ chế tài chính	42
4.12. Hoạt động cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khoẻ tâm thần.....	43
4.13. Chương trình chăm sóc sức khoẻ tâm thần cộng đồng	45
5. HOẠT ĐỘNG GIÁM SÁT VỀ RLTT	47
6. ĐÁNH GIÁ CHUNG KẾT QUẢ ĐẠT ĐƯỢC	48
6.1. Kết quả đạt được	48
6.2. Khó khăn, tồn tại.....	50
6.3. Cơ hội.....	52
7. KHUYẾN NGHỊ VÀ KINH NGHIỆM QUỐC TẾ VỀ SKTT	52
PHẦN 2. NỘI DUNG ĐỀ ÁN	61

I. QUAN ĐIỂM.....	61
II. MỤC TIÊU CHUNG.....	61
III. MỤC TIÊU VÀ CHỈ TIÊU CỤ THỂ.....	61
IV. PHẠM VI THỰC HIỆN	64
V. NHIỆM VỤ VÀ GIẢI PHÁP THỰC HIỆN.....	64
VI. KINH PHÍ THỰC HIỆN.....	69
VII. TỔ CHỨC THỰC HIỆN.....	69

DANH MỤC KÝ HIỆU VÀ CHỮ VIẾT TẮT

Ký hiệu/ Chữ viết tắt	Tiếng Anh (nếu có)	Giải thích
ĐTĐ		Đái tháo đường
SKTT	Mental health	Sức khoẻ tâm thần
RLTT	Mental Disorder	Rối loạn tâm thần
WHO	World Health Organization	Tổ chức Y tế thế giới
GB		Giường bệnh

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sức khỏe tâm thần (SKTT) là thành phần không thể thiếu của sức khỏe và hạnh phúc nói chung và là quyền cơ bản của con người¹, làm nền tảng cho tập thể và cá nhân con người có khả năng để suy nghĩ, thể hiện cảm xúc, tương tác lẫn nhau, kiếm sống và hưởng thụ. Trên cơ sở này, việc nâng cao, bảo vệ và phục hồi SKTT có thể được coi là vấn đề sống còn của cá nhân, cộng đồng và xã hội trên toàn thế giới. Cần có các chiến lược và biện pháp can thiệp y tế công cộng liên ngành có hiệu quả về chi phí để nâng cao, bảo vệ và phục hồi SKTT².

Ở tất cả các quốc gia, tình trạng SKTT rất phổ biến. Khoảng 1/8 người trên thế giới sống chung với rối loạn tâm thần (RLTT). Tỷ lệ của các RLTT khác nhau thay đổi theo giới tính và tuổi tác. Ở cả nam và nữ, rối loạn lo âu và rối loạn trầm cảm là phổ biến nhất. Tự tử ảnh hưởng đến mọi người và gia đình của họ từ mọi quốc gia và bối cảnh, và ở mọi lứa tuổi. Trên toàn cầu, cứ một người chết thì có thể có 20 lần cố gắng tự tử, tuy nhiên cứ 100 người chết thì có hơn một người tự tử. Nó là một nguyên nhân chính gây tử vong ở những người trẻ tuổi. Tâm thần phân liệt, xảy ra ở khoảng 1 trong 200 người lớn, là mối quan tâm hàng đầu: trong các trạng thái cấp tính của nó, nó là tình trạng suy yếu nhất trong tất cả các tình trạng sức khỏe. Những người bị tâm thần phân liệt hoặc các tình trạng SKTT nghiêm trọng khác chết sớm hơn trung bình từ 10 đến 20 năm so với dân số chung, thường là do các bệnh thực thể có thể phòng ngừa được.

Nhìn chung, hậu quả kinh tế của tình trạng SKTT là rất lớn. Tồn thất năng suất và các chi phí gián tiếp khác cho xã hội thường vượt xa chi phí chăm sóc sức khỏe. Về mặt kinh tế, tâm thần phân liệt là RLTT gây thiệt hại lớn nhất cho mỗi người, mỗi xã hội. Rối loạn trầm cảm và lo âu ít tốn kém hơn nhiều cho mỗi người; nhưng do tỷ lệ hiện mắc cao, gây tổn thất chi phí quốc gia chung.

Trong khi đó, hệ thống SKTT trên toàn thế giới được đánh dấu bởi những khoảng trống và sự mất cân đối lớn trong thông tin và nghiên cứu, quản trị, nguồn lực và dịch vụ. Các tình trạng sức khỏe khác thường được ưu tiên hơn SKTT. Trung bình, các quốc gia dành ít hơn 2% ngân sách y tế cho SKTT. Khoảng một nửa dân số thế giới sống ở các quốc gia nơi chỉ có một bác sĩ tâm thần phục vụ 200.000 người trở lên. Và sự sẵn có của thuốc hướng thần thiết yếu với giá cả phải chăng bị hạn chế, đặc biệt là ở các nước thu nhập thấp. Hầu hết những người có tình trạng SKTT được chẩn đoán không được tiếp cận điều trị.

Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc 10 rối loạn tâm thần thường gặp là 14,9% dân số³ - nghĩa là có gần 15 triệu người. Để đáp ứng công tác chăm sóc SKTT, từ năm 1999, Thủ tướng Chính phủ đã phê duyệt chương trình Chăm sóc, bảo vệ sức khỏe tâm thần cộng đồng. Trong quá trình thực hiện công tác chăm sóc, bảo vệ SKTT, phòng, chống các RLTT, vẫn còn nhiều khó khăn, tồn tại: hệ thống các cơ sở

¹ World mental health report: Transforming mental health for all, WHO 2022.

² Mental health: strengthening our response [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>]

³ Báo cáo kết quả điều tra 10 rối loạn tâm thần thường gặp trên toàn quốc (2001-2003).

chuyên khoa tâm thần dưới mức đầu tư, nhân lực chuyên môn thiếu và yếu, không đầy đủ, hệ thống cung cấp dịch vụ không đầy đủ, không toàn diện, không đảm bảo tính hệ thống, sự kỳ thị, phân biệt đối xử vẫn còn tồn tại, sự phối hợp, hợp tác liên ngành, đa lĩnh vực chưa thực hiện, thực hiện không hiệu quả, chính sách thu hút nhân lực về tâm thần chưa phù hợp, thiếu văn bản luật pháp và hạn chế trong giám sát thực thi luật, chăm sóc SKTT chưa được chú trọng đến một số nhóm đặc biệt: trẻ em, vị thành viên, phụ nữ, người cao tuổi, thiên tai, thảm họa...

Trước tình hình trên, Bộ Y tế đề xuất Đề án tăng cường năng lực Hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần giai đoạn 2024-2030 nhằm tăng cường sự chỉ đạo, lãnh đạo, điều hành của Chính phủ, Bộ, ngành, Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, sự hợp tác hợp giữa các ngành từ trung ương đến địa phương, củng cố hệ thống y tế và xã hội đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần.

PHẦN 1. SỰ CẦN THIẾT BAN HÀNH ĐỀ ÁN

1. THÔNG TIN CHUNG

1.1. Khái niệm sức khỏe tâm thần

Theo định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), Sức khỏe tâm thần (SKTT) không chỉ là không có các rối loạn tâm thần (RLTT), mà là tình trạng khỏe mạnh trong đó mỗi cá nhân nhận thức được khả năng của bản thân, có thể đối phó với những căng thẳng thông thường của cuộc sống, có thể làm việc hiệu quả, sinh lợi và có thể tham gia, đóng góp cho cộng đồng⁴. Cũng theo WHO, RLTT (mental disorders): bao gồm một phạm vi lớn các tình trạng về tâm lý, với các triệu chứng khác nhau, tuy nhiên thường được đặc trưng bởi sự kết hợp của những bất thường về suy nghĩ, cảm xúc, hành vi và các mối quan hệ với người khác⁵.

1.2. Khái niệm RLTT, bệnh tâm thần

RLTT được đặc trưng bởi sự rối loạn đáng kể về mặt lâm sàng trong nhận thức, điều chỉnh cảm xúc hoặc hành vi của một cá nhân². Nó thường liên quan đến đau khổ hoặc suy yếu trong các lĩnh vực hoạt động quan trọng⁶. Có nhiều loại RLTT khác nhau. RLTT cũng có thể được gọi là tình trạng SKTT. Tình trạng sức khỏe tâm thần là một thuật ngữ rộng hơn bao gồm các RLTT, khuyết tật tâm lý xã hội và (các) trạng thái tâm thần khác liên quan đến tình trạng đau khổ nghiêm trọng, suy giảm chức năng hoặc nguy cơ tự làm hại bản thân.

Bệnh tâm thần (mental illness) được định nghĩa là "tập thể các RLTT có thể chẩn đoán" hoặc là các tình trạng sức khỏe đặc trưng bởi sự thay đổi trong suy nghĩ, tính khí, hoặc hành vi (hoặc kết hợp một số sự thay đổi này), kết hợp với sự đau khổ và/hoặc chức năng bị khiếm khuyết⁷. Không có định nghĩa nghiêm ngặt phân biệt "RLTT" và "bệnh tâm thần" và hai thuật ngữ này thường được sử dụng thay thế cho nhau.

Tuy nhiên, trong tiếng Anh có sự khác nhau giữa 'disease/disorder' – bệnh/rối loạn và 'illness' - sự ốm đau. Theo Eisenberg [4]⁸, bệnh nhân trải nghiệm sự ốm đau (illness) còn bác sỹ chẩn đoán và điều trị bệnh (disease). Từ bệnh để chỉ các rối loạn chức năng sinh học, còn sự ốm đau là trải nghiệm không mong muốn của một cá nhân. Thường ở giai đoạn đầu của bệnh thì có thể có bệnh mà không trải qua sự ốm đau và có thể trải qua sự ốm đau mà chưa phát triển thành bệnh.

1.3. Nguyên nhân gây RLTT

Nguyên nhân gây ra các RLTT là sự kết hợp phức tạp và thay đổi theo từng cá nhân và RLTT cụ thể. Tất cả các yếu tố như di truyền, chấn thương, sử dụng chất,

⁴ Mental health: a state of well-being [http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/]

⁵ Mental disorders [http://www.who.int/topics/mental_disorders/en/]

⁶ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

⁷ Substance A, Mental Health Services Administration RMDCfMHS, National Inst. of Mental Health RMD: Mental Health: A Report of the Surgeon General. Executive Summary; 1999

⁸ Eisenberg L: Disease and illness Distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, Medicine & Psychiatry* 1977, 1(1):9

bệnh cơ thể, các cơ chế tâm lý/thần kinh, những trải nghiệm cuộc sống, xã hội và văn hóa đều có thể góp phần vào việc phát triển hay tiến triển các RLTT.

- Di truyền: Các nghiên cứu về mối quan hệ huyết thống và sinh đôi cho thấy các yếu tố di truyền thường đóng vai trò quan trọng trong việc phát triển các RLTT. Đây là yếu tố thuận lợi thúc đẩy phát sinh bệnh, nguy cơ mắc bệnh tâm thần phân liệt là 10% ở phả hệ thứ nhất và 4% ở phả hệ thứ hai⁹. Các nghiên cứu cho thấy nhiều bệnh tâm thần có liên quan đến sự bất thường ở nhiều gen chứ không phải chỉ một hoặc một số ít và cách những gen này tương tác với môi trường là khác biệt đối với mỗi người (thậm chí cả những cặp song sinh giống hệt nhau). Vì vậy, một người mang gen có khả năng mắc bệnh tâm thần nhưng không biểu hiện bệnh. Bản thân bệnh tâm thần xảy ra do sự tương tác của nhiều gen và các yếu tố khác như căng thẳng, lạm dụng hoặc một sự kiện đau thương - có thể ảnh hưởng hoặc gây ra bệnh ở một người có tính nhạy cảm di truyền với bệnh này.
- Nhân cách: nhân cách yếu, không cân bằng, kém chịu đựng, khép kín là cơ sở thuận lợi cho bệnh tâm thần phát sinh và làm cho bệnh hồi phục khó khăn, chậm chạp. RLTT nặng có thể làm biến đổi nhân cách của người bệnh.
- Lứa tuổi: trẻ em dễ phát sinh các rối loạn liên quan stress và rối loạn nhân cách. Tuổi dậy thì dễ bộc lộ bệnh tâm thần phân liệt. Tuổi già dễ bị các RLTT thực tổn.
- Giới tính: có rối loạn gặp ở nam nhiều hơn nữ như loạn thần do rượu, loạn thần do chấn thương sọ não. Có những rối loạn gặp ở nữ nhiều hơn nam như rối loạn phân ly, rối loạn cảm xúc lưỡng cực, rối loạn trầm cảm. Ở nữ thường có những RLTT liên quan đến chu kỳ kinh nguyệt, sinh đẻ, mãn kinh,...
- Tình trạng toàn thân: có những RLTT xuất hiện sau khi sức khỏe tâm thần bị giảm sút như mất ngủ kéo dài, thiếu dinh dưỡng lâu ngày, làm việc quá sức. Sau khi bị RLTT lâu ngày có thể dẫn đến suy kiệt. Nâng cao thể trạng có thể làm người bệnh hồi phục nhanh chóng.
- Tổn thương thực thể: Tổn thương trực tiếp nhu mô não; Nhiễm khuẩn thần kinh (nguyên phát và thứ phát, cấp diễn và mạn tính) (viêm não và viêm màng não, giang mai não và liệt toàn thể tiến triển...); Nhiễm độc thần kinh (nhiễm độc rượu, nhiễm độc các thuốc ngủ và các thuốc tác động tâm thần, nhiễm độc nghề nghiệp); Chấn thương sọ não: Sau chấn thương sọ não thường xuất hiện tỷ lệ cao các rối loạn khí sắc, loạn thần và lạm dụng chất¹⁰; Các bệnh mạch máu não (cao huyết áp, vỡ xơ động mạch não); Các tổn thương thực thể khác ở não (u não, áp xe não, xơ rải rác, múa giật mạn tính, teo não...); Các bệnh cơ thể ảnh hưởng đến hoạt động não (các bệnh nội tạng, các bệnh nội tiết, các bệnh về chuyên hóa và thiếu vitamin...).

⁹ Michael J. Murphy, Roland L. Cowan, and L.I. Sederer, Blueprints Psychiatry. Third Edition ed. 2004: Blackwell Publishing.

¹⁰ Fann JR, et al., Psychiatric illness following traumatic brain injury in an adult health maintenance organization population. Arch Gen Psychiatry, 2004. 61(1): p. 53-61

- Các yếu tố về tâm lý: Các bằng chứng nghiên cứu cũng cho thấy tầm quan trọng của các yếu tố tâm lý xã hội lên bệnh lý tâm thần. Các sự kiện gây stress gây ra các rối loạn lo âu và cảm xúc. Bị ngược đãi từ thời thơ ấu và khi trưởng thành như lạm dụng tình dục, xâm hại về cơ thể, ngược đãi về mặt cảm xúc, bạo lực gia đình...đều có liên quan đến sự phát triển các bệnh tâm thần qua tương tác phức hợp của các yếu tố xã hội, gia đình, tâm lý và sinh lý¹¹.
- Các yếu tố văn hoá, xã hội: Các vấn đề ở cộng đồng hay nền văn hóa bao gồm tình trạng đói nghèo, thất nghiệp hay thiếu việc làm, thiếu các mối quan hệ xã hội, người di cư có sự mâu thuẫn về chuẩn mực văn hoá xã hội ở nơi họ mới đến sinh sống, các stress và áp lực liên quan đến vị trí kinh tế-xã hội cũng là một trong những nguyên nhân gây ra các RLTT¹².
- Cấu tạo thể chất bất thường và phát triển tâm thần bệnh lý có thể gây ra các trạng thái nhân cách bệnh và chậm phát triển tâm thần.
- Nguyên nhân chưa rõ ràng (do sự kết hợp phức tạp giữa nhiều yếu tố khác nhau như di truyền, chuyên hóa, miễn dịch...) có thể gây ra RLTT như tâm thần phân liệt, rối loạn cảm xúc lưỡng cực...

1.4. Phân loại các rối loạn tâm thần

Theo Bảng phân loại quốc tế về bệnh tật, Bản sửa đổi lần thứ 10 (ICD-10) – Chương 05 RLTT và hành vi bao gồm:

F00 – F09	Các RLTT thực tổn bao gồm cả các RLTT triệu chứng
F10 – F19	Các RLTT và hành vi do sử dụng các chất tác động tâm thần
F20 – F29	Bệnh tâm thần phân liệt, các rối loạn hoang tưởng và rối loạn loại phân liệt
F30 – F39	Các rối loạn khí sắc (cảm xúc)
F40 – F48	Các rối loạn bệnh tâm căn có liên quan đến stress và dạng cơ thể
F50 – F59	Các hội chứng hành vi kết hợp với các rối loạn sinh lý và các nhân tố cơ thể
F60 – F69	Các rối loạn nhân cách và hành vi ở người thành niên
F70 – F79	Chậm phát triển tâm thần
F80 – F89	Các rối loạn về phát triển tâm lý
F90 – F98	Các rối loạn cảm xúc và hành vi với sự khởi phát thường xảy ra ở trẻ em và thanh thiếu niên
F99	RLTT, không biệt định khác

¹¹ Kessler RC, Davis CG, and K. KS, Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med*, 1997. 27(5): p. 1101-1119.

Spataro J, et al., Impact of child sexual abuse on mental health: prospective study in males and females. *Br J Psychiatry*, 2004. 184(5): p. 416-412.

¹² Muntaner C, et al., Socioeconomic position and major mental disorders. *Epidemiol Rev*, 2004. 26(1): p. 53-62.
Pilgrim, et al., *A sociology of mental health and illness*. 2005: Milton Keynes: Open University Press.

2. GÁNH NẶNG RLTT

2.1. Tình hình bệnh tật

a) Trên thế giới

Theo báo cáo của WHO năm 2019, cứ 8 người thì có 1 người tương đương 970 triệu người trên thế giới, trong đó 14% thanh thiếu niên đang chung sống với RLTT. Rối loạn lo âu và trầm cảm là phổ biến nhất. Ít phổ biến nhất là tâm thần phân liệt và rối loạn ăn uống. Tỷ lệ hiện mắc rối loạn tâm thần chuẩn hóa theo tuổi phần lớn là nhất quán giữa nam và nữ năm 2019 (11 727·3 trường hợp trên 100 000 người [95% UI 10 835·7–12 693·9] ở nam so với 12 760·0 trường hợp trên 100 000 người [11 831·7–13 763·1] ở nữ). Rối loạn trầm cảm, rối loạn lo âu và rối loạn ăn uống phổ biến ở phụ nữ hơn nam giới. Rối loạn tăng động giảm chú ý và tự kỷ phổ biến hơn ở nam giới. Cả về giới tính và năm, hai rối loạn tâm thần phổ biến nhất là rối loạn trầm cảm và rối loạn lo âu¹³.

Năm 2020, số người mắc rối loạn lo âu và trầm cảm đã tăng lên đáng kể do đại dịch COVID-19. Các ước tính ban đầu cho thấy mức tăng tương ứng là 26% và 28% đối với rối loạn lo âu và trầm cảm điển hình chỉ trong một năm.³

Bệnh tâm thần là phổ biến ở Hoa Kỳ. Gần 1/5 người trưởng thành ở Hoa Kỳ mắc bệnh tâm thần (52,9 triệu người vào năm 2020 ở độ tuổi từ 18 trở lên, chiếm khoảng 21,1% trong tổng số người trưởng thành)¹⁴.

Trẻ em và trẻ vị thành niên: Nghiên cứu năm 2015 cho thấy tỷ lệ RLTT ở trẻ em và thanh thiếu niên trên toàn thế giới là 13,4%, rối loạn lo âu 6,5%, rối loạn trầm cảm 2,6%, rối loạn tăng động giảm chú ý 3,4% và bất kỳ rối loạn lưỡng cực chống đối 5,7%¹⁵. Theo thống kê ở Hoa Kỳ năm 2020 ở trẻ vị thành niên độ tuổi từ 13-18 cho thấy có 49,5% có RLTT, 22,2 % trong số đó có sự suy giảm nghiêm trọng theo DSM 4.4 Đối với thanh thiếu niên, trầm cảm, sử dụng chất gây nghiện và tự sát là những mối quan tâm quan trọng, 4,1% có sử dụng chất, 18,8% cân nhắc về toan tự sát, 15,7% lên kế hoạch tự sát, 8,9% có toan tự sát, 2,5% có toan tự sát cần can thiệp y tế.

Người cao tuổi: Người cao tuổi phải đối mặt với những thách thức đặc biệt về sức khỏe thể chất và tâm thần. Hơn 20% người trưởng thành từ 60 tuổi trở lên có RLTT hoặc thần kinh (không bao gồm rối loạn đầu đầu) và 6,6% tất cả các khuyết tật ở những người trên 60 tuổi là do RLTT và thần kinh. Các RLTT phổ biến nhất ở nhóm tuổi này là sa sút trí tuệ và trầm cảm chiếm tỷ lệ 5% và 7% người cao tuổi trên thế giới, rối loạn lo âu có tỷ lệ khoảng 3,8%, các vấn đề về sử dụng chất gây nghiện khoảng 1%, các vấn đề lạm dụng chất gây nghiện ở người lớn tuổi thường

¹³ Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*. 2022;9(2):137-150. doi:10.1016/S2215-0366(21)00395-3

¹⁴ Mental Illness. National Institute of Mental Health (NIMH). Accessed December 24, 2022. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness>

¹⁵ Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56(3):345-365. doi:10.1111/jcpp.12381

bị bỏ qua hoặc chẩn đoán nhầm¹⁶. Các yếu tố nguy cơ gây RLTT ở người cao tuổi bao gồm phụ nữ, cô đơn, lạm dụng rượu, trình độ văn hoá thấp, hạn chế về tài chính, tiền sử gia đình mắc các bệnh tâm thần và có bệnh cơ thể nghiêm trọng¹⁷.

Phụ nữ, phụ nữ mang thai, sau sinh: Một số RLTT phổ biến hơn ở phụ nữ so với nam giới gồm rối loạn trầm cảm và lo âu. Ngoài ra còn có một số loại RLTT chỉ gặp ở phụ nữ. Như một số phụ nữ có thể gặp các triệu chứng RLTT vào thời điểm thay đổi nội tiết tố, chẳng hạn như trầm cảm liên quan đến thời kỳ sinh đẻ, rối loạn khí sắc tiền kinh nguyệt và trầm cảm liên quan đến tiền mãn kinh¹⁸. Trầm cảm sau sinh được tìm thấy ở 17,22%. Ở các nước phương Tây, tỷ lệ trầm cảm sau sinh thay đổi từ 10 đến 15% trong năm đầu tiên sau khi sinh. Các yếu tố nguy cơ của trầm cảm sau sinh bao gồm sử dụng rượu, hút thuốc, không cho con bú, trình độ văn hoá thấp, vấn đề về tài chính, thời gian sinh không trong dự kiến, trẻ sơ sinh bị chết, ốm, căng thẳng trong cuộc sống, độc thân, không có sự hỗ trợ từ người khác, xã hội, mang thai ngoài kế hoạch, bị bạo lực¹⁹.

Người bệnh ung thư: Nghiên cứu năm 2013 ở Trung Quốc cũng cho thấy 15,8% bệnh nhân ung thư có triệu chứng lâm sàng của RLTT, với các triệu chứng trầm cảm, lo âu, loạn thần và rối loạn liên quan đến căng thẳng chiếm tỷ lệ lần lượt là 13,3%, 10,2%, 2,8% và 1,4%²⁰. Một nghiên cứu năm 2020 trong thời điểm diễn ra dịch Covid 19 cho thấy trong số 6213 bệnh nhân ung thư, chỉ ra các yếu tố nguy cơ mắc RLTT ở bệnh nhân ung thư bao gồm tiền sử RLTT, lạm dụng rượu, mức độ mệt mỏi và đau đớn²¹. Các nghiên cứu được công bố đã chỉ ra rằng khả năng phục hồi có liên quan đến SKTT của bệnh nhân ung thư và những bệnh nhân ung thư có khả năng phục hồi cao sẽ ít lo âu và trầm cảm hơn²¹.

Người bệnh ĐTD: Khoảng 1/5 bệnh nhân ĐTD được chăm sóc ban đầu có rối loạn SKTT. Tỷ lệ trầm cảm cao gấp ba lần ở những người bệnh ĐTD type 1 và cao gấp hai lần ở những người mắc bệnh ĐTD type 2 so với những người không mắc bệnh²². Các yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ mắc rối loạn trầm cảm hoặc lo âu ở người bệnh ĐTD gồm tăng chỉ số HbA1C, sự hiện diện của bệnh kèm theo, người bệnh nữ, còn tiền sử ga đình có bệnh mạn tính là yếu tố nguy cơ của lo âu trong khi đó yếu tố bảo vệ là sự tuân thủ điều trị và tuổi cao²³.

¹⁶ Mental health of older adults. Accessed December 25, 2022. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

¹⁷ Petrova NN, Khvostikova DA. Prevalence, Structure, and Risk Factors for Mental Disorders in Older People. *Adv Gerontol.* 2021;11(4):409-415. doi:10.1134/S2079057021040093

¹⁸ Women and Mental Health. National Institute of Mental Health (NIMH). Accessed December 25, 2022. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/women-and-mental-health>

¹⁹ Wang Z, Liu J, Shuai H, et al. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Transl Psychiatry.* 2021;11(1):1-13. doi:10.1038/s41398-021-01663-6

²⁰ Song H, Li J, Lu Y, Deng L, Sun X li. Investigation of mental health and its influence on Chinese cancer patients using a multidisciplinary screening flow: an epidemiological survey in the west of China. *Chin Med J (Engl).* 2013;126(1):61-67.

²¹ Wang Y, Duan Z, Ma Z, et al. Epidemiology of mental health problems among patients with cancer during COVID-19 pandemic. *Transl Psychiatry.* 2020;10(1):1-10. doi:10.1038/s41398-020-00950-y

²² Chepulis L, Morison B, Lao C, Keenan R, Paul R, Lawrenson R. The prevalence of mental health medication use in a cohort of New Zealand patients with diabetes. *Primary Care Diabetes.* 2020;14(6):703-708. doi:10.1016/j.pcd.2020.07.004

²³ Alzahrani A, Alghamdi A, Alqarni T, Alshareef R, Alzahrani A. Prevalence and predictors of depression, anxiety, and stress symptoms among patients with type II diabetes attending primary healthcare centers in the

b) Tại Việt Nam

Tại Việt Nam, theo báo cáo của Bệnh viện Tâm thần Trung ương, tỷ lệ mắc 10 chứng RLTT phổ biến trong năm 2014 là 14,2%, trong đó riêng rối loạn trầm cảm chiếm 2,45%. Tỷ lệ tự sát trong năm 2015 là 5,87 trên 100.000 dân²⁴.

Trẻ em và thanh thiếu niên: Theo Bệnh viện Nhi Đồng Thành phố Hồ Chí Minh 8-20% trẻ em và vị thành niên Việt Nam gặp các vấn đề SKTT chung, tùy theo tỉnh, giới và đặc điểm người trả lời. Một khảo sát dịch tễ gần đây trên mẫu đại diện quốc gia của 10 trong số 63 tỉnh, thành cho thấy trung bình 12% trẻ em gặp các vấn đề SKTT, tương đương hơn 3 triệu trẻ em có nhu cầu về dịch vụ SKTT.

Phụ nữ có thai: Nghiên cứu tại Hà Nội năm 2018 cho kết quả tỷ lệ trầm cảm trong khi mang thai là 5% và trầm cảm sau sinh là 8,2%, tỷ lệ mắc mới trầm cảm sau sinh là 6,5%. Các yếu tố nguy cơ làm cho phụ nữ mắc trầm cảm khi mang thai bao gồm: bị bạo lực trong khi mang thai, tiền sử thai chết lưu, không được gia đình hỗ trợ khi mang thai, lo âu khi mang thai. Các yếu tố nguy cơ trầm cảm sau sinh gồm: đã từng bị trầm cảm khi mang thai, trình độ học vấn thấp, mang thai lần đầu, sinh con dưới 37 tuần, bị bạo lực gia đình, chồng thích con trai²⁵.

Người bệnh ung thư: Theo nghiên cứu năm 2017, tỷ lệ trầm cảm ở người bệnh ung thư phổi là 24,6%, các yếu tố nguy cơ bao gồm tuổi ≤ 65 , nông dân, sống ở nông thôn/ miền núi, đóng vai trò trụ cột kinh tế trong gia đình, chỉ số toàn trạng PS ≥ 1 , bệnh ở giai đoạn tiến xa, có bệnh mạn tính kết hợp²⁶.

Người bệnh ĐTD: Theo nghiên cứu của Trần Thị Hà An (2018), tỷ lệ trầm cảm (theo phân loại ICD-10) ở người bệnh ĐTD typ 2 là 44,5%, một số yếu tố liên với trầm cảm ở bệnh nhân ĐTD typ 2 là nữ giới, trình độ học vấn từ THPT trở lên, tiền sử không mắc các bệnh cơ thể, thời gian²⁷.

2.2. Gánh nặng bệnh tật, tử vong

Trên toàn cầu năm 2019, RLTT là nguyên nhân hàng đầu thứ bảy tính theo DALYs (số năm sống được điều chỉnh theo tình trạng khuyết tật). Rối loạn trầm cảm xếp thứ 13 trong số 25 nguyên nhân hàng đầu gây ra DALYs. RLTT là nguyên nhân hàng đầu thứ hai dẫn đến YLDs (số năm sống với khuyết tật). Trong số 25 nguyên nhân hàng đầu dẫn đến YLDs năm 2019, rối loạn trầm cảm xếp thứ 2, rối loạn lo âu xếp thứ 8 và tâm thần phân liệt xếp thứ 20. Trong các RLTT, rối

western region of Saudi Arabia: a cross-sectional study. *International Journal of Mental Health Systems*. 2019;13(1):48. doi:10.1186/s13033-019-0307-6

²⁴ Sức khỏe tâm thần ở Việt Nam. Accessed December 25, 2022. <https://www.who.int/vietnam/vi/health-topics/mental-health>

²⁵ Trần Thơ Nhị. Thực Trạng Trầm Cảm và Hành vi Tìm Kiếm Hỗ Trợ ở Phụ Nữ Mang Thai Sau Sinh Tại Huyện Đông Anh, Hà Nội. Luận án tiến sĩ y tế công cộng. Đại học Y Hà Nội.

²⁶ Trịnh Thị Hằng. Xác Định Tỷ Lệ và Các Yếu Tố Nguy Cơ Trầm Cảm ở Bệnh Nhân Ung Thư Phổi Điều Trị Tại Bệnh Viện Phổi Trung Ương. Luận văn bác sĩ nội trú. Đại học Y Hà Nội; 2017.

²⁷ Trần Thị Hà An. Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng Trầm Cảm và Một Số Yếu Tố Liên Quan ở Bệnh Nhân ĐTD Typ 2. Luận án tiến sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội; 2018.

loạn trầm cảm được xếp hạng cao nhất ở tất cả các nhóm tuổi, ngoại trừ nhóm tuổi 0-14 rối loạn hành vi là nguyên nhân hàng đầu gây ra gánh nặng²⁸.

Những người bị RLTT có tỷ lệ tử vong cao, ví dụ những người bị tâm thần phân liệt và trầm cảm nặng có nguy cơ tử vong tổng thể tăng lần lượt 1,6 và 1,4 lần, lớn hơn so với tử vong ở dân số chung vì các vấn đề sức khỏe thể chất (như ung thư, ĐTD và nhiễm HIV) cũng như hậu quả nghiêm trọng như tự tử liên quan đến RLTT³⁰.

Đại dịch COVID-19 đánh dấu một bước ngoặt, đưa SKTT lên danh sách ưu tiên sức khỏe toàn cầu. Sự hãi và lo lắng về COVID-19, đau khổ về cảm xúc do bệnh tật, mất người thân, thất nghiệp, mất thu nhập và cô đơn do bị xã hội cô lập - tất cả đều tương tác và tạo ra hoặc làm trầm trọng thêm các vấn đề SKTT ở quy mô toàn cầu, tổn thất tâm lý của COVID-19 đã rõ ràng nhưng những tác động sẽ còn sâu rộng²⁹.

2.3. Ảnh hưởng kinh tế

Dựa trên Cơ sở dữ liệu của WHO về chi tiêu y tế toàn cầu, chi tiêu trung bình hàng năm của Chính phủ trên đầu người trên toàn cầu cho SKTT được báo cáo bởi các quốc gia là 7,49 đô la Mỹ/người dân. Chi tiêu trung bình toàn cầu của Chính phủ trong nước cho y tế nói chung vào năm 2018 là 367 đô la Mỹ trên đầu người, **trong đó chi tiêu của Chính phủ cho SKTT là 2,1%**³⁰.

Tình trạng SKTT thường dẫn các cá nhân và gia đình vào cảnh nghèo đói và cản trở sự phát triển kinh tế ở cấp quốc gia. Một phân tích gần đây ước tính tác động toàn cầu tích lũy của RLTT về sản lượng kinh tế bị mất sẽ lên tới 16.000 tỷ đô la Mỹ trong 20 năm tới. Mất năng suất làm việc do hai trong số các RLTT phổ biến nhất là lo âu và trầm cảm gây thiệt hại cho nền kinh tế toàn cầu 1 nghìn tỷ đô la Mỹ mỗi năm. Theo ước tính, SKTT kém sẽ gây thiệt hại cho nền kinh tế thế giới khoảng 2,5 nghìn tỷ USD mỗi năm, chi phí dự kiến sẽ tăng lên 6 nghìn tỷ USD vào năm 2030³¹.

2.4. Ảnh hưởng xã hội

Vô gia cư và bị giam giữ là những trường hợp phổ biến ở những người có RLTT, điều này làm trầm trọng thêm tình trạng thiệt thòi và bấp bênh của họ. Tỷ lệ mắc bệnh tâm thần ở những người vô gia cư có thể lớn hơn 50% và các nghiên cứu cho thấy rằng hơn 1/3 số tù nhân có vấn đề SKTT³⁰. Những người có RLTT thường thiếu cơ hội giáo dục và tạo thu nhập, hạn chế cơ hội phát triển kinh tế và mất đi các mối quan hệ xã hội và địa vị trong cộng đồng. Ví dụ, trong tất cả các khuyết tật, bệnh tâm thần nghiêm trọng có liên quan đến tỷ lệ thất nghiệp cao nhất, lên tới 90%³⁰. Những người có RLTT thường bị vi phạm quyền con người. Ngoài những hạn chế về quyền làm việc và giáo dục, họ cũng có thể phải chịu điều kiện

²⁸ Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*. 2022;9(2):137-150. doi:10.1016/S2215-0366(21)00395-3

²⁹ The Lancet Global Health. Mental health matters. *The Lancet Global Health*. 2020;8(11):e1352. doi:10.1016/S2214-109X(20)30432-0

³⁰ World Health Organization. *Mental Health Atlas 2020*.; 2021

sống mất vệ sinh và vô nhân đạo, lạm dụng thể chất và tình dục, bỏ bê và các hoạt động điều trị có hại và xuống cấp trong các cơ sở y tế. Họ thường bị từ chối các quyền dân sự và chính trị (chẳng hạn như quyền kết hôn và tìm một gia đình), quyền công dân, quyền bầu cử và tham gia một cách hiệu quả và đầy đủ vào công việc thực hiện ở nơi công cộng³⁰.

3. TÌNH HÌNH ĐÁP ỨNG CSSKTT TRÊN THẾ GIỚI

3.1. Luật pháp, chính sách

Luật về sức khỏe tâm thần là cần thiết để bảo vệ quyền lợi của người mắc bệnh tâm thần. Hệ thống luật pháp, chính sách liên quan tới người mắc bệnh tâm thần là hành lang pháp lý giúp người mắc bệnh tâm thần cũng như cộng đồng dân cư tiếp cận dịch vụ phòng ngừa, chăm sóc và phục hồi chức năng tâm thần, giúp người mắc bệnh tâm thần tái hòa nhập cộng đồng. Theo Atlas Sức khỏe tâm thần của Tổ chức y tế thế giới năm 2020³¹:

- 75% các Quốc gia Thành viên có chính sách hoặc kế hoạch riêng về sức khỏe tâm thần, tăng từ 68% vào năm 2014.
- 57% các quốc gia thành viên có luật riêng về sức khỏe tâm thần, tăng từ 51% vào năm 2014.
- 46% các quốc gia Thành viên của WHO đã cập nhật chính sách hoặc kế hoạch về sức khỏe tâm thần
- 21% các Quốc gia Thành viên của WHO có chính sách hoặc kế hoạch về sức khỏe tâm thần đang trong quá trình thực hiện và được hoàn thiện đầy đủ, phù hợp với các văn kiện nhân quyền.
- 28% các quốc gia thành viên của WHO có luật về sức khỏe tâm thần đang trong quá trình thực hiện và hoàn toàn tuân thủ với các công cụ nhân quyền.

Các quốc gia đã có luật SKTT và hầu hết là ở các nước châu Âu (chiếm 91,7%). Luật về SKTT của các nước được thông qua ở những thời điểm khác nhau: Khoảng 50% trong số đó có luật sức khỏe tâm thần được thông qua sau năm 1990 và khoảng 15% số luật được thông qua trước năm 1960 khi mà các phương pháp chữa trị hiện đại chưa có sẵn. Hiện vẫn còn khoảng 25% quốc gia trên thế giới (chiếm gần 31% dân số thế giới) chưa có luật về sức khỏe tâm thần. Các quốc gia xây dựng luật SKTT với hai cách tiếp cận khác nhau. Đa số các nước xây dựng luật riêng về SKTT. Một số nước tuy không có luật riêng về SKTT, mà lồng ghép các điều luật về SKTT vào các luật khác của quốc gia. Mỗi cách tiếp cận đều có những ưu và nhược điểm riêng. Song các chuyên gia khuyến cáo cần có những văn bản quy định pháp luật về SKTT để có thể giải quyết nhu cầu đa dạng và phức hợp của người rối loạn tâm thần. - Chính sách sức khỏe tâm thần Theo Tổ chức Y tế Thế giới, chính sách về SKTT là bộ tiêu chuẩn về các giá trị, các nguyên tắc và các mục tiêu đưa ra để cải thiện sức khỏe tâm thần và giảm gánh nặng do bệnh tật về SKTT gây nên đối với người dân. Chính sách về SKTT có vai trò xác định tầm

³¹ <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

nhìn về chăm sóc sức khỏe tâm thần (CSSKTT), xác định hướng ưu tiên trong CSSKTT và định hướng xây dựng mô hình CSSKTT và can thiệp các bệnh tâm thần. Việc xây dựng chính sách SKTT để đảm bảo việc điều phối dịch vụ và hoạt động liên quan đến CSSKTT. Việc thiếu các chính sách CSSKTT có thể dẫn đến việc cung cấp dịch vụ CSSKTT không hiệu quả và mang tính phân tán. Hiện nay khá nhiều nước trên thế giới chưa có chính sách SKTT, có tới 40,5% số nước chưa có chính sách về SKTT và 30,3% số nước chưa có chương trình CSSKTT. Loại hình và nội dung của các chính sách về SKTT cũng rất khác nhau giữa các nước. Tại nhiều nước trên thế giới, Bộ Y Tế là cơ quan chịu trách nhiệm chính trong xây dựng chính sách về SKTT. Một điểm thuận lợi khi Bộ Y tế chủ trì và quản lý nội dung này đó là đảm bảo việc xây dựng và triển khai các chính sách SKTT có tính nhất quán, xuyên suốt trong hệ thống y tế. Tuy nhiên, điểm bất lợi là ngành y tế không thể cung cấp tất cả các dịch vụ mà người rối loạn tâm thần cần, và cũng khó có thể giải quyết hết các yêu cầu cần thiết để thúc đẩy SKTT cũng như đáp ứng nhu cầu của dự phòng rối loạn tâm thần. Bất lợi này có thể khắc phục bằng cách thiết lập ủy ban quốc gia về CSSKTT bao gồm các cơ quan tổ chức liên quan như y tế, xã hội, giáo dục, tư pháp, công an, v.v...³²

3.2. Nhân lực

Nguồn nhân lực là yếu tố quan trọng nhất của bất kỳ dịch vụ SKTT nào. Các nhân viên chăm sóc SKTT bao gồm bác sĩ tâm thần, bác sĩ tâm thần trẻ em, bác sĩ đa khoa, điều dưỡng, nhà tâm lý học, nhân viên xã hội, nhà trị liệu nghề nghiệp và những người lao động được trả lương trong lĩnh vực SKTT, đã hoàn thành khóa đào tạo chính thức tại một cơ sở giảng dạy được công nhận, và được đưa vào các chức danh chuyên nghiệp. Trong đó, bác sĩ tâm thần được định nghĩa là bác sĩ đa khoa với ít nhất hai năm đào tạo sau đại học về tâm thần học.

WHO ước tính về nhân lực chăm sóc SKTT năm 2020, trên toàn cầu, số lượng nhân viên CSSKTT trung bình là 13 trên 100.000 dân số. Có sự khác nhau giữa các khu vực, cụ thể ở Châu Âu trung bình là 44,8 nhân viên trên 100.000 dân cao hơn 40 lần so với Châu Phi (1,6 nhân viên trên 100.000 dân) và cao hơn 20 lần so với khu vực Đông Nam Á (**2,8 nhân viên trên 100.000 dân**)³¹. Đáng chú ý nhất được báo cáo ở **khu vực Tây Thái Bình Dương, năm 2020 có 15,4 nhân viên trên 100 000 dân cao** gần gấp đôi so với năm 2014 là 8,7 trên 100 000 dân. Sự gia tăng này cũng có thể do số lượng các quốc gia tham gia thống kê tăng lên (19 quốc gia năm 2014 so với 24 quốc gia năm 2020)³¹. Tại khu vực Châu Mỹ và Đông Nam Á, số lượng trung bình được báo cáo đã giảm tương ứng từ 16,2 xuống 15 nhân viên trên 100.000 dân và từ 4,8 xuống 2,8 nhân viên trên 100.000 dân. Các quốc gia thuộc nhóm thu nhập trung bình thấp báo cáo mức giảm đáng kể nhất, với số lượng nhân viên giảm gần một nửa từ năm 2017 đến năm 2020, từ 6,2 xuống 3,8 nhân viên trên 100.000 dân.⁹

Về sự phân bố các nhóm nhân viên chăm sóc SKTT khác nhau có sự nhất quán giữa các vùng và nhóm thu nhập: tỷ lệ điều dưỡng cao nhất, tiếp theo là bác sĩ tâm thần và nhà tâm lý học. Trên toàn cầu, **điều dưỡng chiếm 44% lực lượng chăm**

³²<https://login.dlu.edu.vn/Resources/Docs/SubDomain/kctxh/3.%20CTXH%20trong%20Cham%20soc%20suc%20khoe%20Tam%20than%20-%20final%20layout.pdf>

sóc SKTT, mặc dù ở một số khu vực như Tây Thái Bình Dương, điều dưỡng chiếm tới 68% lực lượng lao động. Đặc biệt, tỷ lệ nhà tâm lý học được báo cáo cao hơn tỷ lệ điều dưỡng và bác sĩ tâm thần ở khu vực Châu Mỹ (4,6 nhà tâm lý học trên 100.000 dân so với 3,6 điều dưỡng và 1,9 bác sĩ tâm thần trên 100.000 dân). Năm 2020, có 0,1 bác sĩ tâm thần và 0,9 điều dưỡng trên 100.000 dân ở khu vực Châu Phi, so với 9,7 bác sĩ và 25,2 điều dưỡng trên 100.000 dân ở khu vực Châu Âu, có 0,1 bác sĩ và 0,4 điều dưỡng trên 100.000 dân ở các nước có thu nhập thấp so với hơn 8 bác sĩ và 29 điều dưỡng trên 100.000 dân ở các nước có thu nhập cao. Số lượng nhân viên công tác xã hội và nhân viên chăm sóc SKTT chuyên biệt khác (như nhà trị liệu nghề nghiệp và nhà trị liệu ngôn ngữ) rất thấp trong tất cả các nhóm thu nhập, với số lượng cao nhất được báo cáo bởi các quốc gia có thu nhập cao (2,9 nhân viên công tác xã hội trên 100.000 dân và 4,1 nhân viên SKTT khác trên 100.000 dân)³¹.

Số lượng bác sĩ tâm thần và nhà tâm lý học trên 100.000 dân đã tăng đều đặn kể từ năm 2014. Sự gia tăng nhất quán này có thể phản ánh sự gia tăng thực tế về nguồn nhân lực hiện có hoặc sự cải thiện trong thông tin được báo cáo và sẵn có về lực lượng lao động chăm sóc SKTT. **Số lượng điều dưỡng tâm thần trên 100.000 dân tăng nhẹ từ năm 2017 đến 2020 (từ 3,5 điều dưỡng trên 100.000 dân năm 2017 lên 3,8 năm 2020)**. Số nhân viên xã hội trên 100.000 dân tăng từ 0,4 năm 2014 và 0,3 năm 2017 lên 0,7 năm 2020. Số lượng bác sĩ tâm thần giảm từ 02 bác sĩ tâm thần trên 100.000 dân năm 2017 xuống 1,7 bác sĩ tâm thần trên 100.000 dân vào năm 2020 ở các nước có thu nhập trung bình cao và từ 11,9 năm 2017 xuống 8,6 năm 2020 ở các nước thu nhập cao³¹.

Trong chăm sóc SKTT nhi, có 3,4 nhân viên chăm sóc SKTT cho trẻ em và thanh thiếu niên trên 100.000 dân đã được báo cáo trong Bản đồ SKTT năm 2020. Số lượng trung bình trên 100.000 dân dao động trong khoảng từ 0,2 nhân viên đến 1 nhân viên ở tất cả các khu vực ngoại trừ khu vực Châu Mỹ (8,6 nhân viên trên 100.000 dân) và khu vực Châu Âu (12,5 nhân viên trên 100.000 dân). Và thay đổi từ 0,01 nhân viên trên 100.000 dân ở các nước có thu nhập thấp đến gần 20 nhân viên trên 100.000 dân ở các nước có thu nhập cao. Lưu ý rằng dân số được xem xét để phân tích vào năm 2020 khác với dân số năm 2017, với mẫu số giới hạn ở trẻ em và thanh thiếu niên từ 0 đến 19 tuổi, thay vì toàn bộ dân số.

Một số nhân viên chăm sóc SKTT cho trẻ em và thanh thiếu niên như nhà trị liệu ngôn ngữ, nhà trị liệu nghề nghiệp và nhân viên y tế tâm thần chuyên biệt khác khan hiếm hoặc không có ở một số quốc gia thu nhập thấp và trung bình thấp³³.

3.3. Giường bệnh tâm thần/dân số

Theo dữ liệu được thu thập cho Bản đồ SKTT năm 2020, số cơ sở điều trị nội trú trung bình trên toàn cầu là 0,25 cơ sở trên 100.000 dân. Có 14,5 giường bệnh (GB) trên 100.000 dân, phân bố không đồng đều giữa các vùng (62,7 giường trên 100.000 dân ở khu vực Châu Âu, so với chỉ dưới 3 giường trên 100.000 dân ở khu

³³ Mental Health ATLAS 2020. Accessed April 12, 2023. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240036703>.

vực Châu Phi và 3 giường ở khu vực Đông Nam Á) và giữa các nhóm thu nhập (51 giường trên 100.000 dân ở các nước có thu nhập cao so với chỉ 1,8 giường trên 100.000 dân ở các nước có thu nhập thấp). Tương tự như vậy, tỷ lệ nhập viện mỗi 100.000 dân số đến các cơ sở điều trị nội trú rất đa dạng, từ 17,6 ở các nước có thu nhập thấp lên 318,4 ở các nước có thu nhập cao. Mặc dù dữ liệu cho thấy số GB nội trú được báo cáo đã giảm kể từ năm 2017, nhưng tỷ lệ nhập viện lại tăng lên, mặc dù điều này có thể cho thấy thời gian lưu trú tại các cơ sở điều trị nội trú ngắn hơn. Việc giảm số lượng GB có thể là do các hạn chế trong báo cáo, bao gồm các định nghĩa khác nhau về các loại cơ sở y tế giữa các quốc gia, hoặc có thể phản ánh việc giảm số lượng GB thực tế³¹.

Bệnh viện tâm thần là cơ sở chuyên biệt cung cấp dịch vụ chăm sóc nội trú và nội trú dài hạn cho người bệnh tâm thần, chủ yếu là những người có tình trạng nghiêm trọng như rối loạn trầm cảm nặng, tâm thần phân liệt hoặc rối loạn cảm xúc lưỡng cực. Dựa trên dữ liệu được báo cáo, có 10,8 GB tâm thần và 71,8 ca nhập viện trên 100.000 dân trên toàn cầu vào năm 2020. Mặc dù số giường trung bình của bệnh viện tâm thần giảm từ 12,5 giường trên 100.000 dân năm 2017 xuống 10,8 GB trên 100.000 dân năm 2020, số ca nhập viện trung bình tăng nhẹ, từ 62,4 đến 71,8 ca trên 100.000 dân. Điều này có thể cho thấy thời gian nằm viện tâm thần ngắn hơn và sử dụng hiệu quả hơn các giường có sẵn, phù hợp với những nỗ lực không ngừng của các quốc gia nhằm chuyển dần việc chăm sóc sang các khoa tâm thần tại các bệnh viện đa khoa và cung cấp các cơ sở dựa vào cộng đồng cho phép người bệnh tâm thần tái hòa nhập nhanh chóng vào xã hội. Tuy nhiên, các quốc gia có thu nhập cao vẫn báo cáo số lượng GB tâm thần lớn hơn nhiều (28,6 giường trên mỗi 100.000 dân) và tỷ lệ nhập viện cao hơn nhiều (150,7 lần nhập viện trên 100.000 dân) so với các nước có thu nhập thấp (1,9 GB tâm thần trên 100.000 dân và 14,3 lần nhập viện trên 100.000 dân)³¹.

Khoa tâm thần trong các bệnh viện đa khoa là các đơn vị cung cấp dịch vụ chăm sóc người bệnh nội trú ở các cơ sở bệnh viện dựa vào cộng đồng. Các đơn vị này cung cấp dịch vụ chăm sóc cho những người bệnh tâm thần cấp tính và thời gian lưu trú thường tương đối ngắn (vài tuần đến vài tháng). Dựa trên dữ liệu được báo cáo, số giường trong bệnh viện tâm thần nhiều gấp ba lần số giường trong bệnh viện đa khoa. Có 2,5 GB tâm thần trong các bệnh viện đa khoa trên 100.000 dân, tăng nhẹ từ năm 2017 (2 GB tâm thần trên 100.000 dân). Cũng như dữ liệu được báo cáo trong năm 2014 và 2017, có sự khác biệt đáng kể giữa các vùng và các nhóm thu nhập quốc gia. Ví dụ, có hơn 12 GB tâm thần trên 100.000 dân ở khu vực Châu Âu so với ít hơn 02 GB tâm thần trên 100.000 dân ở khu vực Đông Địa Trung Hải, khu vực Châu Mỹ và khu vực Đông Nam Á, và ít hơn một GB tâm thần trên 100.000 dân ở khu vực Châu Phi. Hơn 15 GB tâm thần trên 100.000 dân đã được báo cáo ở các nước có thu nhập cao so với ít hơn 0,4 GB tâm thần trên 100.000 dân ở các nước có thu nhập thấp³¹.

Số lượng GB trên 100.000 dân toàn cầu trong các bệnh viện tâm thần đã tăng gần gấp đôi từ 2014 đến 2017 nhưng sau đó giảm trở lại sau năm 2017. Trong khi đó, số GB tâm thần trên 100.000 dân tại các bệnh viện đa khoa hầu như không đổi, có giảm nhẹ từ 2014 đến 2017 nhưng tăng nhẹ kể từ năm 2017. Ngoại lệ là tỷ lệ

nhóm quốc gia có thu nhập thấp, từ 1,6 giường trên 100.000 dân năm 2014 lên 1,5 giường vào năm 2017, và sau đó là 1,9 giường vào năm 2020), và giảm số GB tâm thần tại các bệnh viện đa khoa (từ 0,5 GB trên 100.000 dân năm 2014 lên 0,4 GB năm 2017 và 2020). Ngược lại, các nước có thu nhập cao đã báo cáo số GB giảm đều đặn trong các bệnh viện tâm thần nhưng lại tăng đều đặn số GB tâm thần trong các bệnh viện đa khoa kể từ năm 2014. Có thể có một số lý do để giải thích cho các biến động quan sát được, trong đó bao gồm các hạn chế đối với việc thu thập dữ liệu, những thay đổi thực tế về dịch vụ hoặc những thay đổi về định nghĩa của loại dịch vụ này trong các hệ thống thông tin. Sự dao động về số GB tâm thần trong các bệnh viện đa khoa cũng có thể được giải thích bằng sự nhạy cảm với nhu cầu hoạt động: số lượng giường hoạt động được phân bổ trong các bệnh viện đa khoa có thể tăng lên hoặc giảm bớt dựa trên nhu cầu thực tế và những thay đổi trong việc sắp xếp thứ tự ưu tiên các nguồn lực sẵn có³¹.

Chăm sóc SKTT nội trú tại các cơ sở dựa vào cộng đồng là các cơ sở phi bệnh viện cung cấp nơi cư trú qua đêm cho những người bệnh tâm thần (ví dụ: nhà tập thể hoặc ký túc xá có nhân viên hoặc không có nhân viên, nhà tạm trú, cộng đồng trị liệu). Những cơ sở như vậy hiếm khi tồn tại ở các quốc gia thuộc nhóm thu nhập thấp và trung bình thấp, nơi mà số lượng cơ sở được báo cáo dưới 0,05 trên 100.000 dân. Mặt khác, ở các nước có thu nhập cao, số cơ sở là 1,90 trên 100.000 dân và số giường cũng lớn hơn 25 trên 100.000 dân. Con số này thể hiện mức tăng so với năm 2017 (20,4 giường trên 100.000 dân ở các quốc gia có thu nhập cao). Khu vực Châu Âu có số lượng cơ sở cao nhất (2,8 cơ sở trên 100.000 dân), và số giường trên 100.000 dân ở khu vực này đã tăng từ 42,3 giường năm 2017 lên 53,3 giường năm 2020³¹.

3.4. Cơ sở chăm sóc SKTT

a) Các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu

Các cơ sở này thường cung cấp những đánh giá và điều trị ban đầu cho các bệnh thông thường và chuyên tuyến chuyên khoa với những trường hợp cần chẩn đoán và điều trị sâu hơn.

b) Các cơ sở điều trị bệnh tâm thần

- Cơ sở điều trị ngoại trú – tập trung chủ yếu vào việc quản lý các RLTT và các vấn đề sức khỏe có liên quan ở mức độ ngoại trú, cán bộ y tế là những người đã được đào tạo về SKTT. Trên thế giới, trung bình có 0,61 cơ sở điều trị ngoại trú trên 100.000 dân, cao nhất ở các nước châu Âu và Tây Thái Bình dương (1,47), thấp nhất ở các nước châu Phi (0,06). Tỷ lệ bệnh nhân ngoại trú trung bình hàng năm là 384/100.000 dân, từ 80/100.000 dân ở các nước châu Phi đến 1.926/100.000 dân ở các nước châu Âu. Tỷ lệ bệnh nhân ngoại trú ở các nước có thu nhập cao hơn các nước thu nhập thấp gấp 38 lần.
- Cơ sở điều trị ban ngày – là nơi cung cấp các dịch vụ y tế ban ngày, bệnh nhân được điều trị theo nhóm và giao tiếp trực tiếp với nhân viên y tế và/hoặc tham gia các hoạt động trị liệu, thời gian thường từ nửa ngày đến cả ngày (4 – 8 tiếng) cho một ngày hay nhiều ngày trong tuần. Các cơ sở điều trị ban ngày

có ở 74% các nước trên thế giới, trung bình có 0,05 cơ sở/100.000 dân, tỷ lệ trung bình cao hơn ở các nước châu Âu (0,31) và các nước Tây Thái Bình dương (0,23). Tỷ lệ điều trị trung bình là 0,0 bệnh nhân/100.000 dân ở các nước thu nhập thấp, 1,1 ở các nước trung bình thấp, 4,0 ở các nước trên trung bình và 44,4 ở các nước thu nhập cao.

- Khoa tâm thần trong bệnh viện đa khoa – dành cho việc chăm sóc và điều trị các bệnh nhân có RLTT. Khoa tâm thần trong các bệnh viện đa khoa có ở 85% các nước trên thế giới. Tỷ lệ giường nội trú trung bình trên toàn cầu là 1,4/100.000 dân, ngoại trừ các nước châu Âu, tất cả các vùng còn lại của WHO đều có dưới 2 GB/100.000 dân. Các nước thu nhập thấp và thu nhập trung bình có tỷ lệ giường nội trú tâm thần trong bệnh viện đa khoa tương đương nhau, ở các nước thu nhập trên trung bình có tỷ lệ là 2,7giường /100.000 dân và thu nhập cao là 13,6 giường/100.000 dân. Tỷ lệ nhập viện trung bình là 24,2 người/100.000 dân. Theo khu vực chỉ có các nước Tây Thái Bình dương và châu Âu cao hơn tỷ lệ trung bình, với tỷ lệ ở các nước châu Âu cao gấp 5 lần so với tỷ lệ trung bình.
- Trung tâm lưu trú cộng đồng – nơi lưu trú cho những người bệnh tâm thần, thường dành cho những người bệnh tâm thần khá ổn định không cần nhiều đến can thiệp y tế. Các trung tâm lưu trú cộng đồng có ở 54% các nước trên thế giới. Tỷ lệ trung bình của các trung tâm này là 0,008/100.000 dân trên toàn thế giới. Ở các nước thu nhập cao con số này là 0,066/100.000 dân, các nước thu nhập trên trung bình là 0,005, các nước thu nhập dưới trung bình là 0,003 và 0 ở các nước thu nhập thấp.
- Bệnh viện tâm thần – nơi cung cấp các dịch vụ chăm sóc bệnh nhân nội trú và lưu trú lâu dài cho những bệnh nhân tâm thần nặng. Thường các bệnh viện này độc lập, mặc dù chúng có thể có mối liên kết với hệ thống y tế. Mức độ chuyên môn hóa khác nhau đáng kể, một số bệnh viện chỉ cung cấp các dịch vụ điều trị dài ngày, các bệnh viện khác lại có cả các dịch vụ điều trị ngắn ngày.

3.5. Nhận thức của cộng đồng, nhân viên y tế

Nhận thức là một vấn đề quan trọng trong chăm sóc SKTT. Với việc nhận thức được tầm quan trọng của SKTT sẽ ảnh hưởng đến việc lựa chọn định hướng nghề nghiệp với các nhân viên y tế và việc lựa chọn đúng chuyên khoa khám bệnh với cộng đồng. Vấn đề nhận thức không chỉ dừng lại ở việc biết đến các RLTT mà còn hiểu được đúng các biểu hiện của các rối loạn giúp cho việc nhận biết, quản lý và phòng ngừa các RLTT.

Khi nói đến bệnh tâm thần, thường người ta chỉ nghĩ đến những người được coi là “khùng”, “điên”, “dở người” và cho rằng chỉ có những người bị bệnh loạn thần như tâm thần phân liệt mới là những người có bệnh tâm thần thực sự. Phần đông cộng đồng không quan tâm nhiều tới trạng thái lo âu quá độ, trầm cảm hay sử dụng chất. Và những rối loạn này không được cộng đồng chú ý và điều trị. Nhiều người tin rằng người bị bệnh tâm thần là do ma nhập, quỷ ám, bị yểm bùa; hoặc

do nghiệp chướng của họ, do làm những điều sai trái, hay sinh vào giờ không tốt, v.v... Do vậy, NTT và gia đình thường tìm tới thầy bói, thầy cúng xin được trừ tà, cúng sao giải hạn, có người mua thảo dược để uống, thay đổi chỗ ở, v.v.... Nhiều người tin rằng bệnh tâm thần chỉ có dùng thuốc mới chữa khỏi bệnh và không coi biện pháp tư vấn, tham vấn trị liệu tâm lý là một cách can thiệp điều trị, mặc dù biện pháp này khá hữu hiệu thậm chí có những dạng RLTT chỉ can thiệp được bằng biện pháp tâm lý. Coi vấn đề của gia đình là chuyên nội bộ nên khi có thành viên trong gia đình mắc chứng RLTT họ không chia sẻ, không đi khám chữa bệnh kịp thời khiến cho tình trạng bệnh trở nên trầm trọng hơn, không khí trong gia đình căng thẳng hơn.... Một nghiên cứu cho thấy nhận thức về sức khỏe tâm thần ở thanh thiếu niên rất thấp, nhận thức với vấn đề trầm cảm là 29,04% và tâm thần phân liệt/rối loạn tâm thần là 1,31%³⁴. Bên cạnh đó một nghiên cứu cắt ngang đánh giá kiến thức và nhận thức về sức khỏe tâm thần hiện tại của sinh viên đại học Bangladesh từ tháng 2 đến tháng 4 năm 2021 trên 2036 sinh viên, kết quả cho thấy hơn một nửa (62,1%) sinh viên có kiến thức cao hơn và 85,1% sinh viên có nhận thức cao hơn về các vấn đề sức khỏe tâm thần³⁵

4. THỰC TRẠNG HỆ THỐNG CHĂM SÓC SKTT TẠI VIỆT NAM

4.1. Luật pháp về tâm thần

Luật Sức khỏe tâm thần: Hiện nay, chưa có Luật sức khỏe tâm thần. Các quy định pháp luật về sức khỏe tâm thần có trong các văn bản quy phạm pháp luật khác nhau, cụ thể như sau:

- Luật Bảo vệ Sức khỏe Nhân dân ban hành năm 1989. Trong Luật này cũng đề cập đến quyền của người rối loạn tâm thần thông qua quy định một số tình trạng sức khỏe cần có sự đồng ý của gia đình bệnh nhân trước khi điều trị cũng như điều kiện để được điều trị bắt buộc. Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2009 và gần đây nhất là Luật KBCB năm 2022.
- Luật Phòng chống ma túy năm 2000 quy định việc kiểm soát các chất ma túy, thuốc gây nghiện, và thuốc hướng thần. - Luật Hôn nhân và gia đình năm 2000 quy định cha mẹ có nghĩa vụ và quyền cùng nhau chăm sóc con chưa thành niên hoặc con đã thành niên nhưng khuyết tật hoặc mất năng lực hành vi dân sự... và con cái có nghĩa vụ chăm sóc cha mẹ đặc biệt khi ốm đau, già yếu, khuyết tật. Luật cũng đồng thời quy định một số quyền quản lý tài sản đối với con/cha mẹ mất năng lực hành vi dân sự. –
- Bộ Luật hình sự 2015 có quy định liên quan tới tội phạm gây rối loạn tâm thần, việc giám định sức khỏe tâm thần và miễn trách nhiệm hình sự với người phạm tội bị tâm thần.
- Bộ Luật Tố tụng Hình sự năm 2015 quy định người bệnh tâm thần không được làm chứng, tạm đình chỉ điều tra, đình chỉ hoặc tạm đình chỉ vụ án đối với bị

³⁴ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5479084/>

³⁵ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36303905>

can bị bệnh tâm thần và phải áp dụng biện pháp bắt buộc chữa bệnh đối với người chấp hành hình phạt tù có mắc chứng tâm thần.

- Luật Thi hành án hình sự năm 2019 trong đó quy định một số nội dung về thi hành quyết định tạm đình chỉ hoặc miễn chấp hành án phạt tù có liên quan đến người bị bệnh tâm thần, phải áp dụng biện pháp bắt buộc chữa bệnh.
- Luật Giám định tư pháp 2012 quy định về việc thành lập viện pháp y tâm thần và trung tâm pháp y tâm thần.
- Luật Dược năm 2016 quy định về quản lý thuốc gây nghiện, thuốc hướng thần và tiền chất làm thuốc.
- Luật Bảo hiểm y tế 2008 quy định bảo hiểm bắt buộc đối với các đối tượng bảo trợ xã hội được hưởng trợ cấp hàng tháng, trong đó bao gồm đối tượng tâm thần.
- Luật Trẻ em 2016 quy định quyền trẻ em và trách nhiệm của nhà nước, các cơ quan đoàn thể, cộng đồng và gia đình trong việc chăm sóc trẻ em có hoàn cảnh đặc biệt, trong đó có trẻ em khuyết tật thể chất và tâm thần.
- Luật người cao tuổi 2009 quy định phụng dưỡng người cao tuổi về thể chất, tinh thần và quy định các chế độ, chính sách chăm sóc sức khỏe người cao tuổi, bao gồm cả người cao tuổi bị khuyết tật thể chất và có mắc chứng tâm thần.
- Luật Khám bệnh, chữa bệnh ban hành năm 2009 quy định bắt buộc phải chữa bệnh cho người bệnh tâm thần, phải có hội chẩn và chế độ hồ sơ bệnh án cho người bệnh tâm thần.
- Luật Người khuyết tật năm 2010 cũng có quy định liên quan tới khuyết tật về tâm thần và trí tuệ. Việt Nam cũng không có chính sách riêng về CSSKTT, mà một số nội dung chính sách được đề cập đến trong các chương trình, quyết định khác nhau do Thủ tướng Chính phủ phê duyệt. Một số chính sách hiện hành của Việt Nam có liên quan đến CSSKTT chủ yếu tập trung vào hai lĩnh vực y tế và xã hội, giáo dục. Đối với lĩnh vực y tế
- Nghị định 56/2011/NĐ-CP ngày 4/7/2011 của Thủ tướng Chính phủ quy định chế độ phụ cấp ưu đãi theo nghề đối với công chức, viên chức công tác tại các cơ sở y tế công lập, trong đó quy định: Mức phụ cấp 70% áp dụng đối với công chức, viên chức thường xuyên, trực tiếp làm các công việc sau đây: a) Xét nghiệm, khám, điều trị, chăm sóc người bệnh HIV/AIDS, phong, lao, tâm thần; b) Giám định pháp y, pháp y tâm thần, giải phẫu bệnh lý. Mức phụ cấp 30% áp dụng đối với công chức, viên chức quản lý, phục vụ không trực tiếp làm chuyên môn y tế tại các cơ sở, viện, bệnh viện chuyên khoa, các trung tâm: HIV/AIDS, phong, lao, tâm thần, giải phẫu bệnh lý, pháp y.
- Nghị định 64/2011/NĐ-CP ngày 28/7/2011 của Chính phủ quy định chi tiết thi hành biện pháp bắt buộc chữa bệnh.
- Nghị định số 103/2017/NĐ-CP ngày 12/9/2017 quy định về thành lập, tổ chức, hoạt động; giải thể và quản lý các cơ sở trợ giúp xã hội.

- Thông tư số 17/2022/TT-BYT ngày 31/12/2022 của Bộ Y tế quy định nhiệm vụ khám bệnh, chữa bệnh tâm thần của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

4.2. Các chính sách về tâm thần

Hiện tại Việt Nam chưa có một chiến lược tổng thể và toàn diện về sức khỏe tâm thần. Các chính sách quốc gia về sức khỏe tâm thần thể hiện qua các Nghị quyết, Chương trình, Dự án, Kế hoạch quốc gia.

- a) Chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng: Ngày 10/10/1998, Thủ tướng Chính phủ đã ký bổ sung Dự án Bảo vệ sức khỏe Tâm thần cộng đồng (BVSKTT) vào Chương trình mục tiêu quốc gia phòng chống một số bệnh xã hội – bệnh dịch nguy hiểm HIV & AIDS, nay thuộc Chương trình mục tiêu Quốc gia về y tế. mục tiêu xây dựng mạng lưới, triển khai mô hình lồng ghép nội dung chăm sóc sức khỏe tâm thần với các nội dung chăm sóc sức khỏe khác của trạm y tế xã, phường; phát hiện, quản lý và điều trị người bệnh (tập trung vào tâm thần phân liệt, động kinh) để họ sớm trở về sống hòa nhập với cộng đồng.

Giai đoạn 2011- 2015: Dự án có tên “Bảo vệ sức khỏe tâm thần cộng đồng và trẻ em” thuộc Chương trình mục tiêu quốc gia về y tế. Dự án tập trung vào bệnh tâm thần phân liệt, động kinh và trầm cảm. Mục tiêu chính của chương trình là 70% số xã/phường triển khai mô hình lồng ghép nội dung chăm sóc SKTT cộng đồng vào hoạt động của trạm y tế cơ sở; Phát hiện và quản lý điều trị tại cộng đồng cho 50% số bệnh nhân tâm thần (tâm thần phân liệt, trầm cảm, động kinh); Điều trị ổn định cho 70% số bệnh nhân tâm thần được phát hiện; hỗ trợ người bệnh sống hòa nhập với gia đình và cộng đồng.

- b) Nghị quyết số 20-NQ/TW ngày 25/10/2017 Hội nghị lần thứ sáu Ban Chấp hành Trung ương khóa XII về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới, trong đó mục tiêu cụ thể về sức khỏe tâm thần:
 - Đến năm 2025: Phân đầu trên 90% dân số được quản lý sức khỏe; 95% trạm y tế xã, phường, thị trấn thực hiện dự phòng, quản lý, điều trị một số bệnh không lây nhiễm. Đạt 30 giường bệnh viện, 10 bác sĩ, 2,8 dược sĩ đại học, 25 điều dưỡng viên trên 10.000 dân. Tỷ lệ giường bệnh tư nhân đạt 10%.
 - Đến năm 2030: Phân đầu trên 95% dân số được quản lý sức khỏe; 100% trạm y tế xã, phường, thị trấn thực hiện dự phòng, quản lý, điều trị một số bệnh không lây nhiễm. Đạt 32 giường bệnh viện, 11 bác sĩ, 3,0 dược sĩ đại học, 33 điều dưỡng viên trên 10.000 dân. Tỷ lệ giường bệnh tư nhân đạt 15%.
- c) Quyết định số 155/QĐ-TTg ngày 29/01/2022 của TTCP phê duyệt kế hoạch quốc gia phòng, chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn sức khỏe tâm thần giai đoạn 2022-2025, trong đó một số mục tiêu liên quan công tác chăm sóc SKTT bao gồm:

- Về nâng cao nhận thức và vai trò của ngành y tế và các cấp chính quyền địa phương đến năm 2025: Tất cả các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương có kế hoạch liên ngành phòng, chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn SKTT giai đoạn 2022-2025; Ban hành đầy đủ các quy định, chính sách để kiểm soát yếu tố nguy cơ, dự phòng bệnh không lây nhiễm và rối loạn SKTT.
- Về mục tiêu giảm thiểu các hành vi nguy cơ chính để dự phòng mắc bệnh không lây nhiễm và rối loạn SKTT
- + 90% Trạm Y tế xã, phường, thị trấn và các cơ quan, đơn vị liên quan thực hiện truyền thông phòng, chống tác hại của thuốc lá, rượu, bia, bảo đảm dinh dưỡng hợp lý, tăng cường vận động thể lực, phát hiện sớm bệnh không lây nhiễm và rối loạn SKTT.
- + Ít nhất 40% người thuộc đối tượng sàng lọc được định kỳ sàng lọc một số rối loạn SKTT theo hướng dẫn sàng lọc từng bệnh; phát hiện được ít nhất 70% người mắc tâm thần phân liệt và động kinh, 50% người mắc trầm cảm, 30% người bị sa sút trí tuệ và một số RLTT khác; quản lý điều trị ít nhất 80% người bệnh tâm thần phân liệt, 70% người bệnh động kinh và 50% người bệnh trầm cảm đã được phát hiện
- + 100% số Trạm Y tế xã thực hiện quản lý cấp thuốc điều trị cho người bệnh tâm thần phân liệt và động kinh; 50% số Trạm Y tế xã quản lý cấp thuốc điều trị cho người bệnh trầm cảm.

Để đạt được các mục tiêu trên, Kế hoạch quốc gia phòng, chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn SKTT giai đoạn 2022-2025 cũng đã đưa ra các giải pháp cụ thể để các cơ quan thuộc ngành y tế, các địa phương và các cơ sở y tế triển khai thực hiện: như củng cố mạng lưới các bệnh viện, viện và cơ sở đào tạo trong lĩnh vực SKTT; củng cố cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến huyện để chẩn đoán, quản lý, điều trị các bệnh không lây nhiễm; khám, quản lý điều trị một số rối loạn SKTT; Hoàn thiện quy định, hướng dẫn để bảo đảm thuốc thiết yếu, trang thiết bị, vật tư, kỹ thuật cho các hoạt động dự phòng, sàng lọc, phát hiện sớm và quản lý rối loạn SKTT; Rà soát, hoàn thiện các hướng dẫn chuyên môn về chăm sóc SKTT như: hướng dẫn dự phòng, phát hiện, khám, quản lý điều trị, tâm lý trị liệu, phục hồi chức năng cho người bệnh rối loạn SKTT tại cơ sở y tế tuyến huyện, Trạm Y tế xã, cơ sở trợ giúp xã hội và tại cộng đồng; Xây dựng, cập nhật, chuẩn hóa tài liệu tập huấn chuyên môn cho tuyến y tế cơ sở về dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, quản lý, điều trị, tư vấn, trị liệu tâm lý, chăm sóc giảm nhẹ; Rà soát, hoàn thiện tài liệu đào tạo chuyên khoa cho bác sỹ chuyên khoa tâm thần; tài liệu tập huấn về dự phòng, chẩn đoán, điều trị và quản lý các rối loạn SKTT cho bác sỹ đa khoa và cán bộ y tế liên quan tại tuyến huyện và Trạm Y tế xã.

- d) Quyết định số 930/QĐ-TTg ngày 30/6/2009 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Đề án đầu tư, cải tạo, nâng cấp các bệnh viện chuyên khoa lao, tâm thần, ung bướu, chuyên khoa nhi và một số bệnh viện đa khoa tỉnh thuộc vùng miền núi, khó khăn sử dụng vốn trái phiếu chính phủ và các nguồn vốn hợp pháp khác giai đoạn 2009-2013.

- e) Quyết định số 319/2013/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Đề án “Khuyến khích đào tạo và phát triển nhân lực y tế các chuyên ngành Lao, Phong, Tâm thần, Pháp y và Giải phẫu bệnh giai đoạn 2013 - 2020” trong đó xác định mục tiêu đến năm 2020: (i) phải đào tạo được 600 bác sỹ chuyên khoa ngành tâm thần; (ii) 90 - 100% bệnh viện, viện tuyến trung ương và các cơ sở đào tạo, 70 - 90% bệnh viện, viện tuyến tỉnh và các cơ sở đào tạo có đủ nhân lực các chuyên ngành Lao, Phong, Tâm thần, Pháp y, Giải phẫu bệnh và 50 - 70% bệnh viện tuyến huyện có đủ nhân lực các chuyên ngành Lao, Phong, Tâm thần. Về các nội dung và giải pháp: Đề án đã đề xuất và triển khai các cơ chế, chế độ, các điều kiện cần thiết khuyến khích sinh viên, học viên theo học các chuyên ngành: Lao, Phong, Tâm thần, Pháp y, Giải phẫu bệnh; Xây dựng, bổ sung các cơ chế, chế độ, đặc thù khuyến khích người học, người dạy các chuyên ngành thuộc Đề án. Ngoài ra phải thực hiện các giải pháp nhằm khuyến khích người học, người dạy, phát triển cơ sở đào tạo trong các chuyên ngành thuộc Đề án như: (i) đối với người học thì ưu tiên điểm thi tuyển và duy trì chế độ đào tạo liên thông đối với các sinh viên học viên thi vào nội trú, chuyên khoa cấp 1, chuyên khoa cấp 2, thạc sĩ, tiến sĩ theo học các chuyên ngành trên; Miễn, giảm học phí đối với tất cả các loại hình đào tạo cho các sinh viên, học viên theo học các chuyên ngành trên; Hỗ trợ một cách hợp lý điều kiện học tập đối với các sinh viên, học viên theo học các chuyên ngành trên ở tất cả các loại hình đào tạo. Tương tự các chế độ khuyến khích đối với người dạy, cơ sở đào tạo, cơ sở y tế cũng như các chính sách ưu tiên khác trong tuyển dụng, ưu đãi phụ cấp đặc thù v.v.... Tuy nhiên cho đến nay chưa có một chính sách hay văn bản quy định đặc thù nào để thực hiện các nội dung trên của Đề án.
- f) Đề án 1215 về 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 được Chính phủ phê duyệt năm 2011. Mục tiêu chung của đề án là huy động sự tham gia của xã hội nhất là gia đình, cộng đồng trợ giúp về vật chất, tinh thần, phục hồi chức năng cho người tâm thần để ổn định cuộc sống, hòa nhập cộng đồng, phòng ngừa rối loạn tâm thần góp phần bảo đảm an sinh xã hội. Một trong những nội dung hoạt động quan trọng của Đề án này là đào tạo nhân viên CTXH về lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần. Mục tiêu cụ thể của Đề án 1215 là 90% số người tâm thần có hành vi nguy hiểm đến gia đình, cộng đồng và số người tâm thần lang thang được phục hồi chức năng luân phiên tại các cơ sở bảo trợ xã hội; 90% số người rối nhiễu có nguy cơ cao bị tâm thần, người tâm thần được tư vấn, trị liệu tâm lý và sử dụng các dịch vụ công tác xã hội khác; 100% gia đình có người tâm thần, 70% người rối nhiễu có nguy cơ cao bị tâm thần được nâng cao nhận thức về trợ giúp và phục hồi chức năng cho người tâm thần dựa vào cộng đồng; Hình thành các nhóm cán bộ, nhân viên và cộng tác viên công tác xã hội kết hợp với nhân viên y tế trợ giúp và phục hồi chức năng cho người tâm thần tại xã, phường, thị trấn có đông đối tượng. Đề án tập trung vào các lĩnh vực: phát triển dịch vụ công tác xã hội trong lĩnh vực CSSKTT kết hợp với điều trị y tế để phòng ngừa và phục hồi chức năng cho người rối loạn tâm thần tại cộng đồng và các cơ sở bảo trợ xã hội; trợ giúp

xã hội cho người tâm thần nặng; và phục hồi chức năng cho người tâm thần dựa vào cộng đồng và tại các cơ sở bảo trợ xã hội; xây dựng cơ sở vật chất và trang thiết bị cho các cơ sở bảo trợ xã hội chăm sóc và phục hồi chức năng cho người rối loạn tâm thần; phát triển nguồn nhân lực làm công tác trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người rối loạn tâm thần dựa vào cộng đồng; phát triển các cơ sở phòng và trị liệu rối loạn tâm thần; truyền thông, nâng cao nhận thức về cộng đồng về CSSKTT

- g) Quyết định số 1125/QĐ-TTg ngày 31/7/2017 của Thủ tướng Chính Phủ phê duyệt Chương trình mục tiêu Y tế-Dân số giai đoạn 2016-2020. Trong đó hoạt động bảo vệ sức khỏe tâm thần nằm trong Dự án 1: Phòng, chống một số bệnh truyền nhiễm nguy hiểm và các bệnh không lây nhiễm phổ biến. Có các nội dung: “Quản lý, điều trị và phục hồi chức năng cho các bệnh nhân tâm thần phân liệt, động kinh và trầm cảm đã được phát hiện ở giai đoạn trước; Phát hiện, lập hồ sơ điều trị, quản lý, phục hồi chức năng cho bệnh nhân tâm thần phân liệt, động kinh và trầm cảm mới; Xây dựng các mô hình điểm quản lý bệnh động kinh, trầm cảm; Đào tạo, tập huấn chuyên môn phát hiện, quản lý, điều trị và phục hồi chức năng bệnh nhân tâm thần; Giám sát chuyên môn hoạt động bảo vệ sức khỏe tâm thần”.
- h) Quyết định số 1929/QĐ-TTg ngày 25/11/2020 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chương trình trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần, trẻ em tự kỷ và người rối loạn tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2021 - 2030, trong đó một số mục tiêu cụ thể giai đoạn 2026- 2030 như:
- Hàng năm khoảng 90% người tâm thần, trẻ em tự kỷ và người rối loạn tâm trí tiếp cận các dịch vụ y tế dưới các hình thức khác nhau...
 - Hàng năm, ít nhất 90% người tâm thần nặng có hành vi nguy hiểm đến gia đình, cộng đồng và 100% người tâm thần lang thang được tiếp nhận, chăm sóc, phục hồi chức năng luân phiên tại các cơ sở trợ giúp xã hội.
 - Ít nhất 70% số người trầm cảm, trẻ em tự kỷ và người bị rối loạn tâm trí khác có nguy cơ cao bị tâm thần và người tâm thần được tư vấn, trị liệu tâm lý phục hồi chức năng xã hội và sử dụng các dịch vụ công tác xã hội khác tại cộng đồng và các cơ sở chăm sóc, phục hồi chức năng cho người tâm thần, cơ sở y tế.
 - Ít nhất 60% gia đình có người tâm thần, 60% gia đình có trẻ em tự kỷ và người rối loạn tâm trí có nguy cơ cao bị tâm thần được nâng cao nhận thức, kỹ năng về chăm sóc, trợ giúp và phục hồi chức năng cho người tâm thần, trẻ em tự kỷ và người rối loạn tâm trí dựa vào cộng đồng.
 - Ít nhất 70 % cán bộ, nhân viên công tác xã hội và cộng tác viên công tác xã hội làm việc trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cơ sở và cộng đồng được nâng cao năng lực thông qua tập huấn, đào tạo, bồi dưỡng về chuyên môn, nghiệp vụ...

Một giải pháp quan trọng để triển khai Đề án này là phát triển mạng lưới cung cấp dịch vụ phát hiện sớm, điều trị, trị liệu và phục hồi chức năng đối với trẻ em tự kỷ và người bị rối loạn tâm trí theo quy định của pháp luật; Phát triển mạng lưới các

cơ sở trợ giúp xã hội làm nhiệm vụ chăm sóc, giáo dục phục hồi chức năng đối với người tâm thần, trẻ em tự kỷ và người rối nhiễu tâm trí...

4.3. Hệ thống cơ sở chăm sóc SKTT

Hệ thống cơ sở chăm sóc SKTT hiện nay gồm các cơ sở chăm sóc sức khỏe do ngành y tế quản lý và mạng lưới các cơ sở bảo trợ xã hội chăm sóc và phục hồi chức năng cho người tâm thần, người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng do ngành Lao động – Thương binh và xã hội quản lý.

4.3.1. Ngành y tế

- a) Các cơ sở CSSK ban đầu: các trạm y tế xã, phường thị trấn thực hiện các nhiệm vụ dự phòng, nâng cao sức khỏe, phát hiện sớm, quản lý điều trị rối loạn tâm thần. Chủ yếu tập trung vào tâm thần phân liệt, động kinh. Riêng trầm cảm chỉ triển khai ở một số trạm y tế xã, phường.
- b) Tuyển quận, huyện: Bệnh viện huyện/trung tâm y tế quận huyện: Kết quả khảo sát năm 2022 của Cục QLKCB – BHYT cho thấy:
 - Có 61.3% (398/tổng số 649) cơ sở tuyển quận, huyện tổ chức KCB ngoại trú cho người bệnh tâm thần
 - Có 9.1% (59/649) cơ sở tuyển quận, huyện tổ chức KCB nội trú cho người bệnh tâm thần.
- c) Tỉnh, thành phố
 - Có 50.2% cơ sở (60/177) BV ĐK tỉnh, BV chuyên khoa tỉnh, thành tổ chức KCB ngoại trú cho người bệnh tâm thần.
 - Có 33.9% (60/177) BV ĐK tỉnh, BV chuyên khoa tỉnh, thành tổ chức KCB nội trú cho người bệnh tâm thần, có 42 BV ĐK tỉnh, BV chuyên khoa tỉnh, thành có Khoa tâm thần.
 - Cơ sở điều trị nội trú ban ngày: cả nước có 01 Bệnh viện là Bệnh viện Tâm thần ban ngày Mai Hương (có 02 cơ sở).
 - Cơ sở điều trị nội trú và ngoại trú chuyên khoa tâm thần: ở tuyến trung ương có 2 bệnh viện chuyên khoa tâm thần là BV tâm thần Trung ương 1 ở Hà Nội và Bệnh viện Tâm thần Trung ương 2 ở Đồng Nai (dự kiến BV này được giao Sở Y tế Đồng Nai quản lý). Ngoài ra Viện SKTT thuộc Bệnh viện Bạch Mai cũng là một cơ sở chuyên khoa tâm thần. Tại các địa phương hiện đã có 43/63 tỉnh đã có các bệnh viện chuyên khoa tâm thần.

4.3.2. Ngành Lao động – Thương binh và Xã hội

4.4. Giường bệnh tâm thần

- Theo kết quả khảo sát năm 2022 của Bộ Y tế, cho thấy, tổng số giường bệnh tâm thần trong cả nước năm 2022, theo kế hoạch là 9.406 giường kế hoạch đạt tỷ lệ là 9,44/100.000 dân, theo thực kê là 11.420 đạt tỷ lệ 11,46/100.000 dân; tỷ lệ GB tâm thần trẻ em theo kế hoạch là 5,3% và theo thực kê là 4,4%.

- Tại BV Chuyên khoa tâm thần: tổng số GB tâm thần là 8.375 GB theo kế hoạch và 9.971 GB theo thực kê, trong đó số GB tâm thần trẻ em là 423 GB theo kế hoạch và 488 GB theo thực kê.

4.5. Nhân lực

Năm 2006, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã tiến hành đánh giá về hệ thống SKTT tại Việt Nam bằng cách sử dụng các công cụ đánh giá cho hệ thống SKTT của WHO (WHO-AIMS). Kết quả cho thấy Việt Nam có 0,35 bác sỹ tâm thần/100.000 dân (so với tỷ suất trung vị 0,54 ở các nước có cùng mức thu nhập và 0,9 ở các nước trong cùng phân vùng), 2,1 điều dưỡng (so với tỷ suất trung vị 2,93 ở các nước có cùng mức thu nhập và 7,7 ở các nước trong cùng phân vùng), 0,06 cán bộ tâm lý (so với tỷ suất trung vị 0,14 ở các nước có cùng mức thu nhập và 0,0 ở các nước trong cùng phân vùng), 0,15 cán sự xã hội (so với tỷ suất trung vị 0,13 ở các nước có cùng mức thu nhập và 0,0 ở các nước trong cùng phân vùng), và 0,8 cán bộ y tế khác làm trong lĩnh vực SKTT (so với tỷ suất trung vị 1,33 ở các nước có cùng mức thu nhập và 2,86 ở các nước trong cùng phân vùng). Tính theo số cán bộ y tế trên một GB thì có 0,06 bác sỹ tâm thần, 0,22 điều dưỡng, 0,01 cán bộ tâm lý, cán sự xã hội và 0,08 cán bộ y tế khác/1 GB tại các bệnh viện tâm thần³⁶.

4.6. Trang thiết bị thiết yếu

Theo Quyết định số 155/QĐ-TTg phê duyệt Kế hoạch quốc gia phòng, chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn SKTT giai đoạn 2022-2025 thì có 2 giải pháp cần được triển khai thực hiện liên quan đến đảm bảo cơ sở vật chất và trang thiết bị y tế cho các cơ sở KCB là: (i) Bảo đảm trang thiết bị, đẩy mạnh ứng dụng khoa học công nghệ trong chẩn đoán, điều trị bệnh không lây nhiễm và rối loạn SKTT tại các bệnh viện; (ii) Hoàn thiện quy định, hướng dẫn để bảo đảm thuốc thiết yếu, trang thiết bị, vật tư, kỹ thuật cho các hoạt động dự phòng, sàng lọc, phát hiện sớm và quản lý bệnh không lây nhiễm và rối loạn SKTT. Tuy nhiên cho đến nay cũng chưa có các quy định cụ thể về định mức trang thiết bị, vật tư, kỹ thuật cho các hoạt động dự phòng, sàng lọc, phát hiện sớm và quản lý bệnh không lây nhiễm và rối loạn SKTT ở cả các cơ sở dự phòng cũng như cơ sở KCB tâm thần.

Bảng: Kết quả thực trạng trang thiết bị thiết yếu về tâm thần ở tất cả các Bệnh viện chuyên khoa tâm thần năm 2022

5	Tỷ lệ % cơ sở hiện có trang thiết bị thiết yếu	Tỷ lệ % (N:46 cơ sở)
5.1	Nhiệt kế điện tử (Mã hóa: 9025.19.19)	91.3
5.2	Hộp, bộ dụng cụ cấp cứu (Mã hóa: 3006.50.00)	91.3
5.3	Máy điện não	91.3

³⁶ WHO, WHO-AIMS Report on Mental Health System in Vietnam, W.-M. Vietnam, Editor. 2006: Hanoi. p. 16-17

5.4	Nhiệt kế y học thủy ngân (Mã hóa: 9025.19.20)	84.78
5.5	Thiết bị điện tim (Mã hóa: 9018.11.00)	80.43
5.6	Thiết bị siêu âm dùng trong y tế (ví dụ: máy siêu âm chẩn đoán; máy đo độ loãng xương bằng siêu âm; máy đo nhịp tim thai bằng siêu âm, hệ thống thiết bị siêu âm cường độ cao Điều trị khối u...) (Mã hóa: 9018.12.00)	73.91
5.7	Máy theo dõi bệnh nhân	54.35
5.8	Máy theo dõi bệnh nhân; máy đo độ vàng da; máy điện não; máy điện cơ; hệ thống nội soi chẩn đoán; máy đo/phân tích chức năng hô hấp; thiết bị định vị trong phẫu thuật và thiết bị kiểm tra thăm dò chức năng hoặc kiểm tra thông số sinh lý khác (Mã hóa: 9018.19.00)	52.17
5.9	Thiết bị sử dụng tia X dùng chẩn đoán hoặc Điều trị sử dụng cho Mục đích y học, phẫu thuật (Mã hóa: 9022.14.00)	47.83
5.1 0	Thiết bị chụp cắt lớp (CT) Điều khiển bằng máy tính (Mã hóa: 9022.12.00)	10.87
5.1 1	Thiết bị chụp cộng hưởng từ (Mã hóa 9018.13.00)	6.52

4.7. Thuốc thiết yếu

Bảng: Kết quả thực trạng thuốc thiết yếu về tâm thần ở tất cả các Bệnh viện chuyên khoa tâm thần năm 2022

TT	Tỷ lệ % cơ sở hiện có thuốc thiết yếu	Tỷ lệ % (N:46 cơ sở)
6.1	Thuốc chống loạn thần (<i>bao gồm một trong các thuốc sau:</i>	
	<i>Chlorpromazine, fluphenazine, haloperidol (theo WHO-AIMS)</i>	97,82
	Amisulprid, Citalopram, Clozapin, Flupentixol, Levomepromazin, Levosulpirid, Meclophenoxat, Olanzapin, Paroxetin, Prazepam, Quetiapin, Risperidol, Sulpirid, Thioridazin, Tofisopam, Ziprasidon, Zuclopenthixol (theo quy định BHYT) Thuốc chống loạn thần tác dụng chậm	97,82
6.2	Thuốc an thần	
	<i>Diazepam (theo WHO-AIMS)</i>	97,82

	Bromazepam, Calci bromid + cloral hydrat + natri benzoat, Clorazepat, Diazepam dùng cấp cứu, Etifoxin chlohydrat, Hydroxyzin, Lorazepam, Paraldehyd, Rotundin (theo quy định BHYT) Zipiclone, Tofizopam	84,78
6.3	Thuốc chống trầm cảm (<i>bao gồm một trong các thuốc sau:</i>	
	Amitriptyline, clomipramine (theo WHO-AIMS)	100
	Fluoxetin, Fluvoxamin, Mirtazapin, Sertralin, Tianeptin, Venlafaxin (theo quy định BHYT) Paroxetin, Mirtazapine, Citalopram, Escitalopram	95,65
6.4	Thuốc ổn định khí sắc, cảm xúc (<i>bao gồm một trong các thuốc sau:</i>	
	<i>Carbamazepine, lithium carbonate, valproic acid (theo WHO-AIMS)</i>	93,48
	Depakote	58,7
6.5	Thuốc chống co giật, chống động kinh (<i>bao gồm một trong các thuốc sau:</i>	
	<i>- Phenobarbital, carbamazepine, valproic acid (theo WHO-AIMS).</i>	100
	<i>- Gabapentin, Levetiracetam, Oxcarbazepin, Phenytoin, Pregabalin, Valproat magnesi, Valproat natri, Valproat natri + Valproic acid, Valpromid (theo quy định BHYT), Diphenyhydantoin, Toripamate, Lamotrigine</i>	100
6.6	Thuốc cường thần: Methylphenidate, Amphetamin	17,39
6.7	Thuốc điều trị suy giảm nhận thức	
	Gingko biloba, Piracetam, Cavinton, Donepezil, Rivastigmine, Galantamine, Memantine	95,65
6.8	Thuốc chống Parkinson	
	Levodopa, Trihexyphenidyl	97,83

Về quản lý thuốc hướng thần, gây nghiện và quy định về danh mục thuốc

Từ năm 1997 đến nay Bộ Y tế đã ban hành một loạt các văn bản quy định, hướng dẫn chuyên môn liên quan đến quản lý thuốc bao gồm: Quyết định số 2330/1997/QĐ-BYT về Quy chế quản lý thuốc hướng tâm thần và Danh mục thuốc hướng tâm thần; Quyết định số 3047/2001/QĐ-BYT và Quyết định số 71/2004/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế về quy chế quản lý thuốc hướng tâm thần.

Gần đây nhất là một số các văn bản quy định về thuốc hướng tâm thần và gây nghiện như Thông tư 10/2010/TT-BYT ngày 29 tháng 04 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn các hoạt động liên quan đến thuốc gây nghiện và Thông tư 11/2010/TT-BYT ngày 29 tháng 04 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn các hoạt động liên quan đến thuốc hướng tâm thần và tiền chất dùng làm thuốc. Năm 2014, Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 19/2014/TT-BYT quy định các hoạt động liên quan đến thuốc gây nghiện, thuốc hướng tâm thần, tiền chất dùng làm thuốc thay thế các văn bản trên.

Khó khăn về vấn đề đầu thầu thuốc: Một số thuốc thiết yếu của chuyên khoa tâm thần thuộc danh mục đầu thầu quốc gia, tuy nhiên quốc gia không đầu thầu, địa phương cũng không đầu thầu dẫn tới khó khăn cho đơn vị dẫn đến thiếu thuốc phục vụ khám chữa bệnh tâm thần

4.8. Về các quy định hướng dẫn chuyên môn kỹ thuật và phương thức cung ứng dịch vụ

Quyết định số 155/QĐ-TTg phê duyệt Kế hoạch quốc gia phòng, chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn SKTT giai đoạn 2022-2025 cũng đã đưa ra các nội dung thực hiện khá cụ thể cho việc hoàn thiện các văn bản hướng dẫn chuyên môn, quy trình kỹ thuật bao gồm: (i) Hoàn thiện quy định, hướng dẫn để bảo đảm thuốc thiết yếu, trang thiết bị, vật tư, kỹ thuật cho các hoạt động dự phòng, sàng lọc, phát hiện sớm và quản lý rối loạn SKTT; (ii) Rà soát, hoàn thiện các hướng dẫn chuyên môn về chăm sóc SKTT như: hướng dẫn dự phòng, phát hiện, khám, quản lý điều trị, tâm lý trị liệu, phục hồi chức năng cho người bệnh rối loạn SKTT tại cơ sở y tế tuyến huyện, Trạm Y tế xã, cơ sở trợ giúp xã hội và tại cộng đồng (iii) Xây dựng, cập nhật, chuẩn hóa tài liệu tập huấn chuyên môn cho tuyến y tế cơ sở về dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, quản lý, điều trị, tư vấn, trị liệu tâm lý, chăm sóc giảm nhẹ; (iv) Rà soát, hoàn thiện tài liệu đào tạo chuyên khoa cho bác sỹ chuyên khoa tâm thần; tài liệu tập huấn về dự phòng, chẩn đoán, điều trị và quản lý các rối loạn SKTT cho bác sỹ đa khoa và cán bộ y tế liên quan tại tuyến huyện và Trạm Y tế xã.

Về các hướng dẫn lâm sàng, Bộ Y tế đã ban hành các văn bản liên quan đến các hướng dẫn chuyên môn bao gồm:

- Quyết định số 3556/2014/QĐ-BYT hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các RLTT thường gặp do sử dụng ma túy tổng hợp dạng Amphetamine;
- Quyết định số 2058/2020/QĐ-BYT hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số RLTT thường gặp;
- Quyết định số 2057/2020/QĐ-BYT hướng dẫn chăm sóc SKTT trong dịch COVID-19.

Nhìn lại nội dung của quy hoạch theo Quyết định số 155/QĐ-TTg, cho đến nay các nội dung liên quan đến hoàn thiện và xây dựng các hướng dẫn cho cán bộ y tế từ tuyến huyện trở xuống như: Hướng dẫn thực hiện bảo đảm thuốc thiết yếu, trang thiết bị, vật tư, kỹ thuật cho các hoạt động dự phòng, sàng lọc, phát hiện sớm và quản lý rối loạn SKTT; hướng dẫn dự phòng, phát hiện, khám, quản lý

điều trị, tâm lý trị liệu, phục hồi chức năng cho người bệnh rối loạn SKTT cho cán bộ y tế tuyến huyện, xã; Bộ tài liệu tập huấn về dự phòng, chẩn đoán, điều trị và quản lý các rối loạn SKTT cho bác sỹ đa khoa và cán bộ y tế liên quan tại tuyến huyện và Trạm Y tế xã vẫn chưa được xây dựng và ban hành. Đặc biệt là các công cụ, tài liệu hỗ trợ kỹ thuật cho cán bộ y tế tại Trung tâm y tế huyện và Trạm y tế xã.

Về phương thức cung ứng dịch vụ

Kế hoạch quốc gia phòng, chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn SKTT giai đoạn 2022-2025 theo Quyết định số 155/QĐ-TTg đã chỉ rõ nội dung cụ thể về kế hoạch thực hiện cung ứng dịch vụ tập trung vào một số hoạt động sau:

- Triển khai cung cấp các dịch vụ khám sàng lọc, kiểm tra sức khỏe, đo các chỉ số và thực hiện các nghiệm pháp để phát hiện sớm bệnh rối loạn SKTT cho người dân, ưu tiên người từ 40 tuổi trở lên và người có nguy cơ cao.
- Thông qua các chương trình, hoạt động giáo dục phù hợp cho trẻ em, học sinh, sinh viên trong các cơ sở giáo dục để tăng cường kỹ năng sống và tư vấn tâm lý, truyền thông về chăm sóc SKTT
- Xây dựng gói dịch vụ y tế cơ bản phục vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, dự phòng và nâng cao sức khỏe do Trạm Y tế xã thực hiện, trong đó quy định danh mục chuyên môn kỹ thuật về tư vấn, sàng lọc phát hiện sớm, giám sát, quản lý các bệnh không lây nhiễm và rối loạn SKTT

Theo kế hoạch như trên thì cho đến nay việc triển khai cung cấp các dịch vụ khám sàng lọc, kiểm tra sức khỏe, đo các chỉ số và thực hiện các nghiệm pháp để phát hiện sớm bệnh rối loạn SKTT cho người dân, ưu tiên người từ 40 tuổi trở lên và người có nguy cơ cao vẫn chưa được triển khai rộng rãi và đồng bộ, đặc biệt là ở tuyến y tế địa phương do vẫn chưa có các hướng dẫn về quy trình cụ thể cùng các bộ công cụ hỗ trợ sàng lọc và theo dõi đối tượng nguy cơ và bệnh nhân tại cộng đồng. Đặc biệt là chưa có các hướng dẫn về ứng dụng công nghệ thông tin cũng như tích hợp với hệ thống giám sát, báo cáo bệnh tật khác.

Về giải pháp xây dựng gói dịch vụ y tế cơ bản phục vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, dự phòng và nâng cao sức khỏe do Trạm Y tế xã thực hiện, trong đó quy định danh mục chuyên môn kỹ thuật về tư vấn, sàng lọc phát hiện sớm, giám sát, quản lý các bệnh không lây nhiễm và rối loạn SKTT, năm 2017, Bộ Y tế đã ban hành Thông tư 39/2017/TT-BYT về gói dịch vụ y tế cơ bản cho Trạm y tế xã trong đó ưu tiên đến danh mục dịch vụ và thuốc cho quản lý và điều trị bệnh không lây nhiễm là ĐTĐ và tăng huyết áp. Tuy nhiên danh mục thuốc cũng như dịch vụ kỹ thuật liên quan đến quản lý, theo dõi và tư vấn bệnh tâm thần chưa được quan tâm đúng mức.

Việc triển khai các chương trình, hoạt động giáo dục phù hợp cho trẻ em, học sinh, sinh viên trong các cơ sở giáo dục để tăng cường kỹ năng sống và tư vấn tâm lý, truyền thông về chăm sóc SKTT, Bộ Giáo dục và Đào tạo đã ban hành Quyết định số 2138/2022/QĐ-BGDĐT về Kế hoạch giáo dục SKTT cho trẻ em, học sinh giai đoạn 2022-2025. Mục đích của Kế hoạch này tập trung vào tăng

cường công tác tuyên truyền, giáo dục, nâng cao nhận thức về SKTT đối với trẻ em, học sinh, cán bộ quản lý, giáo viên, nhân viên y tế trường học, nhân viên phụ trách công tác xã hội, tư vấn tâm lý trong trường học và cha mẹ học sinh; tăng cường các biện pháp dự phòng, phát hiện sớm các yếu tố nguy cơ gây rối loạn SKTT (bao gồm: tâm thần phân liệt, rối loạn phổ tự kỷ, rối loạn tăng động giảm chú ý, động kinh, trầm cảm, chậm phát triển trí tuệ, nạn nhân của sự xâm hại, bạo lực gia đình và học đường và các rối loạn SKTT khác) trong trường học, góp phần hỗ trợ phòng ngừa, can thiệp, bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe của trẻ em, học sinh. Các giải pháp bao gồm: (i) Tăng cường tuyên truyền, nâng cao nhận thức cho cán bộ quản lý giáo dục, giáo viên, nhân viên, cha mẹ học sinh và học sinh về SKTT; (ii) Nâng cao năng lực cho cán bộ quản lý giáo dục, giáo viên, nhân viên, cha mẹ học sinh và học sinh về giáo dục SKTT; (iii) Hoàn thiện văn bản, chính sách và tăng cường phối hợp liên ngành; (iv) Tăng cường hợp tác quốc tế, đẩy mạnh xã hội hóa công tác giáo dục SKTT trong trường học. Tuy nhiên, cho đến nay vẫn chưa có các đề án, chương trình cụ thể để thực hiện các giải pháp này trong hệ thống giáo dục.

4.9. Đào tạo

4.9.1. Đào tạo chính thức

Hiện nay, theo số liệu tuyển sinh sau đại học từ các trường, hiện có 7 trường đào tạo sau đại học bác sĩ chuyên ngành tâm thần bao gồm: Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên, Trường Đại học Y Hà Nội, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, Trường Đại học Y Dược Thái Bình, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Trong đó, cả 7 trường đều có các bộ môn tâm thần. Số lượng tuyển sinh sau đại học của các trường như sau:

Trình độ	Số lượng tuyển sinh							Tổng
	Năm 2014	Năm 2015	Năm 2016	Năm 2017	Năm 2018	Năm 2019	Năm 2020	
Tiến sĩ		1		1		2	1	5
Thạc sĩ	2	2	14	15	14	28	16	91
CKI	12	15	16	24	17	60	29	173
CKII	18	10	12	25	19	14	10	108
BSNT		2	3	3	3	3	3	17

Qua kết quả tuyển sinh từ năm 2014 đến năm 2020, chúng ta có thể thấy rằng hiện nay quy mô đào tạo bác sĩ chuyên khoa cấp I chuyên ngành tâm thần là lớn nhất tiếp theo là bác sĩ chuyên khoa cấp II và thạc sĩ. Số lượng đào tạo tiến sĩ và bác sĩ nội trú rất ít.

Nếu tính chung cho các bệnh viện Tâm thần cùng các bệnh viện đa khoa, chuyên khoa tuyến tỉnh khác thì trung bình số bác sĩ được đào tạo chuyên khoa Tâm thần của một bệnh viện là 1,6/bệnh viện (bao gồm bác sĩ được đào tạo chuyên khoa định hướng) và 1,0 bác sĩ/bệnh viện (nếu chỉ tính bác sĩ chuyên khoa I, chuyên khoa II, thạc sĩ và tiến sĩ). Tuy nhiên, sự phân bố nhân lực khác nhau giữa các nhóm bệnh viện. Cụ thể là:

- Đối với các bệnh viện Tâm thần:

Trung bình số bác sĩ được đào tạo chuyên khoa Tâm thần của một bệnh viện Tâm thần là 16,5/bệnh viện (bao gồm bác sĩ được đào tạo chuyên khoa định hướng) và 10,0 bác sĩ/bệnh viện (nếu chỉ tính bác sĩ chuyên khoa cấp I, chuyên khoa cấp II, thạc sĩ và tiến sĩ). Tuy nhiên, cơ cấu này không đều giữa các tỉnh, trong đó, số lượng bác sĩ chuyên khoa Tâm thần chủ yếu tập trung ở các tỉnh/thành phố lớn, trong khi các tỉnh miền núi chỉ có 1-2 bác sĩ chuyên khoa Tâm thần. Kết quả khảo sát thực địa tại các tỉnh cho thấy, các bệnh viện Tâm thần trong tình trạng thiếu cả bác sĩ đa khoa và bác sĩ chuyên khoa Tâm thần. Lý do là các đơn vị khó thu hút các bác sĩ về làm việc.

- Đối với các đơn vị tuyến tỉnh khác:

Tại các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh, kết quả khảo sát cho thấy, số bác sĩ chuyên khoa Tâm thần trung bình trên mỗi bệnh viện là 0,5 (bao gồm cả chuyên khoa định hướng) và 0,3 (chỉ tính từ chuyên khoa I, thạc sĩ trở lên).

Tại các bệnh viện chuyên khoa tuyến tỉnh khác, kết quả khảo sát cho thấy, số bác sĩ chuyên khoa Tâm thần trung bình trên mỗi bệnh viện là 0,4 (bao gồm cả chuyên khoa định hướng) và 0,2 (chỉ tính từ chuyên khoa cấp I, thạc sĩ trở lên).

Tại các Trung tâm Kiểm soát bệnh tật, kết quả khảo sát cho thấy, số bác sĩ chuyên khoa Tâm thần trung bình trên mỗi đơn vị là 0,6 (bao gồm cả chuyên khoa định hướng) và 0,1 (chỉ tính từ chuyên khoa I, thạc sĩ trở lên). Tuy nhiên, sự phân bố không đều và các bác sĩ chuyên khoa Tâm thần chỉ tập trung ở các tỉnh/thành phố lớn và có tới 2/3 số Trung tâm không có một bác sĩ chuyên khoa Tâm thần nào.

Với các đơn vị tuyến huyện:

Tại các bệnh viện đa khoa tuyến huyện và các trung tâm y tế đa chức năng, kết quả khảo sát cho thấy, số bác sĩ chuyên khoa Tâm thần trung bình trên mỗi đơn vị là 0,3 (bao gồm cả chuyên khoa định hướng) và 0,1 (chỉ tính từ chuyên khoa cấp I, thạc sĩ trở lên). Tương tự các đơn vị tuyến tỉnh, việc cử bác sĩ đi học chuyên khoa Tâm thần rất khó khăn do chuyên ngành không hấp dẫn và họ không có cơ hội làm thêm như các chuyên khoa khác. Số bác sĩ chuyên ngành trung bình của các nhóm bệnh viện được tổng hợp trong bảng dưới đây.

TT	Đơn vị	CK Định hướng trở lên	CKI/ThS trở lên
I	Bệnh viện tuyến tỉnh	1,6	1,0
	BV Tâm thần	16,5	10,0

	BV ĐK tỉnh/KV	0,5	0,3
	BV CK khác	0,4	0,2
II	Trung tâm KSBT tỉnh	0,6	0,1
III	Bệnh viện tuyến huyện, TTYT đa chức năng	0,3	0,1

Khó khăn, bất cập

Các bất cập từ các chính sách liên quan tới công tác đào tạo và phát triển nhân lực bao gồm: 1) Chỉ tiêu tuyển sinh không có cơ chế mở; 2) Các chế độ chính sách của chuyên ngành không được hướng dẫn cụ thể nên các trường, các đơn vị không có cơ sở áp dụng trên thực tế; 3) Chế độ lương, phụ cấp và thu nhập tăng thêm;

Đề xuất

- Duy trì chính sách miễn giảm học phí cho người học các chuyên ngành hiếm, bao gồm BS nội trú (đặc biệt là Pháp y, Pháp y tâm thần)
- Duy trì chính sách đào tạo bác sĩ theo địa chỉ sử dụng đối với cả 2 loại hình liên thông và đào tạo chính cho chuyên ngành để đảm bảo đủ số lượng bác sĩ triển khai nhiệm vụ và tạo nguồn cho đào tạo sau đại học.
- Bổ sung chính sách khi xây dựng chế độ lương, phụ cấp nghề theo tinh thần của Nghị quyết 27/TW.
- Tăng cường tuyên truyền để nâng cao nhận thức của sinh viên, cũng như của cộng đồng về vai trò của chuyên ngành khó tuyển nhằm thu hút thêm học viên học chuyên ngành tâm thần.

4.9.2. Đào tạo không chính thức

4.2.1 Tại Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1

Căn cứ Nghị định số 111/2017/NĐ-CP ngày 05 tháng 10 năm 2017 của Chính phủ Quy định về tổ chức đào tạo thực hành trong đào tạo khối ngành sức khỏe; Căn cứ Thông tư 22/2013/TT-BYT ngày 09/8/2013 của Bộ Y tế về việc hướng dẫn đào tạo liên tục trong lĩnh vực y tế, Thông tư 26/2020/TT-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2020 của Bộ Y tế về việc sửa đổi bổ sung một số điều của thông tư 22/2013/TT-BYT ngày 09/8/2013.

a) Thực trạng đào tạo

- Đào tạo thực hành về chuyên khoa tâm thần: tiếp nhận các sinh viên, học viên của các cơ sở đào tạo chuyên khoa tâm thần, tiếp nhận các đối tượng có nhu cầu học tập để cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh chữa bệnh.
- Đào tạo liên tục: cho cán bộ y tế trong bệnh viện và cho đơn vị ngoài bệnh viện nếu có nhu cầu, đào tạo liên tục theo đề án 1816 và chỉ đạo tuyển, theo chương trình của WHO.

b) Kết quả:

- Về đào tạo thực hành: Hàng năm có khoảng 500-700 học viên của 8 cơ sở đào tạo gửi về bệnh viện để học thực hành bao gồm: Đại học Y Hà Nội, đại học Y Hải Phòng, đại học Đại Nam, đại học Phenika, đại học Y thuộc đại học Quốc gia Hà Nội, đại học Điều dưỡng Nam Định, học viện Y dược học cổ truyền, đại học Đông Á.
- c) Về đào tạo liên tục: tổ chức các lớp đào tạo liên tục, đào tạo chuyên giao kỹ thuật theo đề án 1816, đào tạo theo chương trình chỉ đạo tuyển, đào tạo liên tục theo chương trình Bảo vệ sức khỏe Tâm thần cộng đồng thuộc chương trình mục tiêu y tế dân số, đào tạo theo chương trình của Tổ chức Y tế thế giới: Khoảng 2-3 lớp với 100-150 học viên.
- d) Khoảng trống, khó khăn
 - Bộ Y tế có văn bản dừng đào tạo chuyên khoa định hướng tâm thần nhưng chưa có văn bản hướng dẫn thực hiện tiếp.
 - Cán bộ y tế học lớp cơ bản 7 tháng và thực hành 18 tháng nhưng vẫn không được cấp chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh. Bắt buộc phải học sau đại học: BSCKI, Thạc sĩ...
 - Nhu cầu đào tạo thực hành, đào tạo lại, đào tạo liên tục của các đơn vị là rất lớn nhưng kinh phí eo hẹp.
- e) Đề xuất, kiến nghị
 - Ban hành các văn bản chỉ đạo, hướng dẫn việc đào tạo chuyên khoa tâm thần sau khi dừng đào tạo chuyên khoa định hướng.
 - Xây dựng cơ chế, chính sách phù hợp với các bác sĩ trong chuyên khoa tâm thần để thu hút, mở rộng, nâng cao nguồn nhân lực.
 - Tăng cường kinh phí để thực hiện các hoạt động đào tạo, đào tạo liên tục, đào tạo chỉ đạo tuyển trong thời gian tới.

4.10. Tâm lý trị liệu, tâm lý lâm sàng

4.10.1. Thuật ngữ

Tâm lý trị liệu là tập hợp các kỹ thuật trị liệu bằng lời nói, bao gồm các can thiệp tâm lý, công nghệ trợ giúp, biện pháp giáo dục để hỗ trợ nâng cao sức khỏe tâm thần, hỗ trợ cho cả những người có rối loạn tâm thần, hoặc không có rối loạn tâm thần thông qua tham vấn, hoặc trị liệu tâm lý. Nhà tâm lý trị liệu có thể xuất thân từ những chuyên ngành khác nhau: có thể là nhà tâm lý học, nhân viên công tác xã hội, điều dưỡng, bác sĩ tâm thần, hoặc các chuyên viên khác được đào tạo về kỹ thuật trị liệu tâm lý cụ thể. Nhà tâm lý trị liệu có thể làm việc tại bệnh viện, trường học, cơ sở chăm sóc sức khỏe ở cộng đồng

Tâm lý lâm sàng là một chuyên ngành chuyên sâu về tâm lý học, cung cấp các dịch vụ chăm sóc liên tục và toàn diện về nhận thức, hành vi, cảm xúc cho cá nhân, nhóm, gia đình, v.v, bao gồm đánh giá tâm bệnh, chỉ định và sử dụng các trắc nghiệm tâm lý, xây dựng và triển khai các can thiệp theo cách tiếp cận của tâm lý theo hướng giảm thiểu những đau khổ, rối loạn tâm lý và thúc đẩy tình

trạng khỏe mạnh về tâm lý. Nhà tâm lý lâm sàng thường tốt nghiệp thạc sỹ hoặc tiến sỹ về chuyên ngành tâm lý học lâm sàng, có kinh nghiệm thực hành lâm sàng có giám sát, từ 1.500 đến 6.000 giờ (6 tháng – 2 năm), tham gia và đỗ kỳ thi về thực hành nghề nghiệp tâm lý lâm sàng để cấp chứng chỉ hành nghề. Nhà tâm lý lâm sàng thường làm việc tại cơ sở y tế.

4.10.2. Kinh nghiệm thế giới

a) Tại Mỹ

Tháng 8/2012, Hiệp hội Tâm Lý Mỹ (APA) ban hành Nghị quyết chính thức công nhận hiệu quả của tâm lý trị liệu, và đề xuất đưa tâm lý trị liệu vào trong hệ thống chăm sóc sức khỏe như một thực hành y khoa dựa trên bằng chứng.

Chương trình bảo hiểm Medicare, Medicaid, một số chương trình bảo hiểm thương mại khác, có bao gồm trong gói dịch vụ nhiều loại hình can thiệp tâm lý khác nhau, đa phần là liệu pháp nhận thức hành vi (CBT), liệu pháp tương tác liên cá nhân (IPT) và phân tâm học.

Thực hành tâm lý trị liệu cần phải đáp ứng các tiêu chí: Học vị Tiến sỹ từ một trường đại học Mỹ được công nhận, có kinh nghiệm thực hành chuyên môn có giám sát trong vòng 2 năm, thi đậu kỳ thi cấp chứng chỉ hành nghề

b) Tại Úc

Năm 2001, Chính phủ Liên bang đã áp dụng Chương trình Tiếp cận Dịch vụ Tâm lý Liên kết cho phép thầy thuốc đa khoa chuyên thân chủ tới các dịch vụ trị liệu tâm lý chuyên sâu và kinh phí cho can thiệp trị liệu tâm lý được chính phủ chi trả.

Trị liệu tâm lý có thể được cung cấp bởi năm loại hình: tham vấn tâm lý, tâm lý y học, tâm lý học lâm sàng về thần kinh, tâm lý giáo dục và phát triển, tâm lý lâm sàng (hỗ trợ tất cả các vấn đề sức khỏe tâm thần kể cả rối loạn liên quan đến sinh học, di truyền, tâm căn, và xã hội, triển khai các chương trình phòng ngừa và thúc đẩy sức khỏe tâm thần nói chung).

Thực hành TLTL được giám sát và quản lý bởi Ủy Ban Tâm lý học của Úc (Psychology Board of Australia). Nhà tâm lý trị liệu cần phải được cấp chứng chỉ hành nghề gồm: hoàn thành một chương trình đại học được công nhận kéo dài bốn năm, và một chương trình sau đại học được công nhận kéo dài hai năm. Ngoài ra, cá nhân cũng phải hoàn thành một chương trình thực tập có giám sát kéo dài ít nhất 3.000 giờ trong vòng tối thiểu là hai năm hoặc tối đa là năm năm, thi đạt Kỳ thi Tâm lý học Quốc gia (National Psychology Examination).

c) Tại Anh

Năm 2007, Chính phủ Anh đã phê chuẩn một chương trình toàn quốc tăng cường tiếp cận dịch vụ trị liệu tâm lý do chính phủ chi trả. Điều luật về Chăm sóc Y tế và Xã hội năm 2012 mở rộng dịch vụ tâm lý cung cấp tại tuyến cộng đồng.

Trị liệu tâm lý cần cấp chứng chỉ hành nghề với điều kiện tốt nghiệp tiến sỹ chuyên ngành, thực hành lâm sàng có giám sát, kéo dài tối thiểu 3.200 giờ, đỗ kỳ thi quốc gia.

Tại các nước Châu Âu khác, tiêu chuẩn đào tạo nhân sự thực hành tâm lý trị liệu phải tuân theo những quy định chung được đưa ra bởi European Association for Psychotherapy (EAP: tạm dịch Hiệp hội Tâm lý trị liệu Châu Âu)

d) Khu vực Châu Á

Tại Singapore, những tổ chức chuyên môn như Hiệp hội Tham vấn Singapore (Singapore Association for Counselling) và Hiệp hội Tâm lý học Singapore (Singapore Psychological Society) cung cấp hướng dẫn về tiêu chuẩn chuyên môn và đạo đức của một nhà thực hành tâm lý trị liệu.

Tại Trung Quốc, xét đến năm 2016, tiêu chuẩn để có chứng chỉ hành nghề tâm lý trị liệu là bác sỹ tâm thần/cán bộ đại học làm việc trong lĩnh vực CSSKTT hoàn thành một khóa tập huấn ba tháng về kiến thức tâm lý và tham vấn cơ bản/về phân tâm/về CBT, và thi đạt kỳ thi để có được chứng chỉ được cấp bởi Bộ Lao động và An sinh Xã hội (Lin và cộng sự, 2016).

Các nước châu Á khác vẫn chưa có quy định pháp lý và tiêu chuẩn đào tạo rõ ràng cho việc thực hành tâm lý trị liệu/tâm lý lâm sàng.

4.10.3. Thực trạng ở Việt Nam

a. Chính sách

Luật Khám bệnh, Chữa bệnh số 15/2023 quy định “Tâm lý lâm sàng” là chức danh chuyên môn phải có giấy phép hành nghề, có hiệu lực từ 1/1/2029.

Quyết định 34/2020/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ ngày 26/11/2020, Ban hành danh mục nghề nghiệp Việt Nam, nhà tâm lý học lâm sàng và nhà tâm lý trị liệu (mã 2634) nằm trong mục “Nhà chuyên môn về xã hội và tôn giáo”, không nằm trong mục “Nhà chuyên môn về sức khỏe”.

b. Cung cấp dịch vụ

Trong khi tâm lý lâm sàng, tâm lý trị liệu trên thế giới phát triển từ thế kỷ 19 và bùng nổ sau chiến tranh thế giới thứ 2, tại Việt Nam đây là lĩnh vực mới và chưa được quan tâm nhiều. Cơ sở cung cấp can thiệp tâm lý có ở cả hệ thống công lập và hệ thống ngoài công lập.

Với hệ thống y tế, can thiệp trị liệu tâm lý đa phần tập trung tại các cơ sở chuyên khoa tâm thần. Một số ít tại cơ sở điều trị nhi khoa, bệnh viện ung bướu. Bệnh viện tâm thần, cơ sở chính cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho nhân dân, là nơi khám chữa bệnh cho bệnh nhân tâm thần nặng là chủ yếu với phương pháp điều trị chính là hóa dược trị liệu. Tuy nhiên, trong những năm gần đây, mô hình bệnh tâm thần đến khám và điều trị tại bệnh viện tâm thần đã thay đổi theo hướng nhiều bệnh nhân rối loạn tâm thần phổ biến như trầm cảm, lo âu, rối loạn dạng cơ thể, rối loạn tâm thần liên quan đến stress đến khám chữa. Điều này đòi hỏi bệnh viện tâm thần phải đa dạng hóa dịch vụ trong đó có trị liệu tâm lý. Một số bệnh viện đã thành lập khoa tâm lý trị liệu riêng hoặc kết hợp tâm lý trị liệu với khoa phục hồi chức năng để tăng cường cung cấp dịch vụ trị liệu tâm lý trực tiếp cho bệnh nhân bên cạnh trị liệu bằng thuốc. Tuy nhiên, do nguồn cán bộ tâm

lý trị liệu được đào tạo chuyên sâu hạn chế, do chưa có mã nghề tâm lý lâm sàng nên số lượng và chất lượng dịch vụ trị liệu tâm lý còn rất hạn chế.

Năm 2022, Bệnh viện Tâm thần TƯ 1 phối hợp với Hội Tâm lý Trị liệu Việt Nam triển khai nghiên cứu thực trạng nguồn nhân lực cung cấp dịch vụ tâm lý trị liệu trong chăm sóc sức khỏe tâm thần tại 103 cơ sở trong đó có 45 bệnh viện chuyên khoa tâm thần trung ương và tỉnh, 23 bệnh viện đa khoa, 12 trung tâm kiểm soát bệnh tuyến tỉnh, 10 trung tâm y tế huyện và 13 trung tâm can thiệp tâm lý tư nhân. Trong tổng số 103 cơ sở tham gia nghiên cứu, chỉ có 47 cơ sở có cán bộ tâm lý, chiếm 45,6%. Trong tổng số 239 cán bộ tâm lý làm việc tại 47 cơ sở nêu trên, 51,0% trình độ cử nhân, 41,5% trình độ thạc sỹ và 7,5% trình độ tiến sỹ. Dịch vụ chủ yếu là làm trắc nghiệm tâm lý vì có thể thu viện phí. Trị liệu tâm lý rất ít thực hiện vì chưa có giá dịch vụ.

Với ngành lao động thương binh xã hội, các trung tâm bảo trợ xã hội chuyên nuôi dưỡng và chăm sóc người bệnh tâm thần hầu như chưa có dịch vụ hỗ trợ tâm lý. Với ngành giáo dục, một số dự án thí điểm có cung cấp dịch vụ tham vấn tâm lý ở trường học, tập trung chủ yếu ở hai thành phố lớn là Hà Nội và TP Hồ Chí Minh

Một số tổ chức phi chính phủ có triển khai dự án can thiệp trị liệu tâm lý với quy mô nhỏ, tập trung chủ yếu vào nhóm dễ bị tổn thương như trẻ em, phụ nữ có thai, người già, đối tượng bị stress, người nhiễm HIV, người bị trầm cảm. Với cơ sở tư nhân, không có nghiên cứu thống kê về số lượng các cơ sở tư nhân có cung cấp trị liệu tâm lý. Các trung tâm tư vấn tâm lý tập trung chính ở TP Hồ Chí Minh và Hà Nội.

c) Đào tạo tâm lý lâm sàng ở Việt Nam

Năm 1999-2000, một số môn học như nhập môn tâm lý học lâm sàng, tâm bệnh học, tâm lý trị liệu được đưa vào giảng dạy tại khoa tâm lý học, trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, Đại học Quốc gia Hà Nội. Năm 2001, khoa này thành lập tổ bộ môn tâm lý học lâm sàng và mở chuyên ngành đại học đào tạo tâm lý học lâm sàng pháp ngữ cho đến năm 2020. Hàng năm, khoa đào tạo khoảng 30 cử nhân chuyên ngành tâm lý học lâm sàng.

Tại Thành phố Hồ Chí Minh: Ngành tâm lý học lâm sàng được thành lập tại Bệnh viện Tâm thần, Bệnh viện Nhi Đồng 1 và Bệnh viện Nhi đồng 2 từ năm 2000 với sự hỗ trợ về đào tạo chuyên môn của Trường Tâm lý Thực hành Paris, Pháp (Ecole de Psychologues Praticiens-EPP). Trường đã phối hợp với Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch tổ chức các lớp đào tạo về Tâm lý học lâm sàng cho bác sỹ, điều dưỡng, chuyên viên tâm lý xã hội của Thành phố Hồ Chí Minh trong chương trình đào tạo đại học và sau đại học. Khoa/phòng khám Tâm lý lâm sàng, tâm thể cũng được thành lập tại Bệnh viện Nhi Đồng Thành phố, Bệnh viện Tâm thần người lớn và trẻ em, Bệnh viện Thành phố Thủ Đức, Bệnh viện Đại học Y dược, Bệnh viện Nhân dân 115, Bệnh viện Lê Văn Thịnh, Bệnh viện Nguyễn Tri Phương, Bệnh viện Pháp -Việt, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh, Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Central Park; cùng nhiều cơ sở lâm sàng khác làm công tác tầm soát, đánh giá, chẩn đoán và can thiệp tâm lý cho các trẻ có rối loạn phát triển (chậm nói, tự kỷ), rối loạn hành vi (tăng động kém tập trung), rối loạn lo âu, trầm cảm, mưu toan tự sát.

Chương trình đào tạo thạc sỹ tâm lý lâm sàng được triển khai đầu tiên cách đây hơn 10 năm tại trường Đại học Giáo dục, Đại học Quốc gia Hà Nội. Hiện có 5 trường đại học đào tạo chương trình này ở Việt Nam (3 trường ở Hà Nội là trường Đại học Giáo dục, Trường Đại học KHXH&NV thuộc Đại học Quốc Gia Hà Nội, Học viên Quản lý Giáo dục Việt Nam và 2 trường ở TPHCM là Trường ĐH KHXH&NV, Đại học Quốc gia TPHCM và Trường ĐHY Phạm Ngọc Thạch). Chương trình đào tạo tiến sỹ tâm lý lâm sàng hiện triển khai duy nhất ở Đại học Giáo dục, Đại học Quốc gia Hà Nội được 7 năm.

Tập huấn ngắn hạn, cấp chứng nhận về các chủ đề cụ thể liên quan đến tâm lý trị liệu chủ yếu do các cơ sở ngoài công lập triển khai thực hiện.

Ngoài ra, nhiều người tốt nghiệp đại học chuyên ngành khác nhau tham gia tập huấn ngắn hạn về các chủ đề cụ thể như lập trình ngôn ngữ tư duy (NLP), như Coaching, kỹ năng sống (life skills), v.v... cũng thực hành tham vấn, trị liệu tâm lý.

d) **Khó khăn, thách thức**

Kết quả thảo luận nhóm những người cung cấp dịch vụ trị liệu tâm lý cả công và tư và phỏng vấn sâu lãnh đạo một số bệnh viện tâm thần ở 3 vùng Bắc, Trung, Nam trong khuôn khổ nghiên cứu do Bệnh viện Tâm thần TƯ 1 phối hợp với Hội Tâm lý Trị liệu Việt Nam triển khai về thực trạng nguồn nhân lực cung cấp dịch vụ tâm lý trị liệu trong chăm sóc sức khỏe tâm thần đã đưa ra nhiều ý kiến về các khó khăn, thách thức trong triển khai trị liệu tâm lý như dưới đây:

- Về chính sách: Tất cả các lãnh đạo và nhân viên tâm lý được phỏng vấn đều nói trở ngại lớn nhất là thiếu hành lang pháp lý để hành nghề trị liệu tâm lý. Cán bộ tâm lý (CBTL) đang mang mã ngạch của cán sự xã hội, kỹ thuật viên, ... Hiện chưa có mã ngạch riêng tâm lý lâm sàng/tâm lý trị liệu cho nên các dịch vụ họ cung cấp chưa được thừa nhận chính thức và bảo hiểm y tế không thanh toán dẫn đến nguồn thu của bệnh viện về hoạt động này bị hạn chế và chưa tạo động lực cho cán bộ thực hành. Bên cạnh đó, điều này còn ảnh hưởng tới đến chế độ lương của họ vì họ chưa có cơ hội được thi thăng hạng như các bác sĩ, điều dưỡng.
- Về nguồn nhân lực
 - + CBTL tại bệnh viện thiếu, phải kiêm nhiệm nhiều công việc mà cơ chế tuyển dụng thì gò bó, phải ưu tiên cho các đối tượng biên chế khác như bác sĩ, điều dưỡng dẫn đến năng suất làm việc và hiệu quả hoạt động chuyên môn chưa cao. CBTL ít có thời gian để học tập nâng cao chuyên môn.
 - + Các kiến thức về y tế, tâm thần của CBTL còn hạn chế nhiều do quá trình đào tạo ít liên quan đến kiến thức y tế nên mất thêm thời gian học tập sau khi được tuyển dụng thường cần phải đào tạo 6 - 9 tháng chuyên khoa tâm thần.
 - + Các CBTL chưa được học về mảng tâm lý lâm sàng nhiều vì khi vào BV, họ được giao làm trắc nghiệm TL nên chỉ quan tâm mảng đó, chưa được

học chuyên sâu về TLTL. Kiến thức và kinh nghiệm của họ chưa có, chưa trải nghiệm nên khó khăn khi giao việc.

- + Chưa có hướng dẫn chuyên môn về trị liệu tâm lý.
- + Thu nhập của cán bộ tâm lý nhìn chung thấp hơn thu nhập của bác sĩ và điều dưỡng. Các bác sĩ, điều dưỡng có cơ hội thi chuyển ngạch để cải thiện bậc lương, nhưng CBTL thì chưa được hưởng chế độ này.
- Về cơ sở vật chất
 - + Chỉ có một số ít bệnh viện là đáp ứng được về cơ sở vật chất cho TLTL còn đa số các cơ sở còn đang chật hẹp, chưa có phòng hoặc mới có rất ít để CBTL có thể triển khai dịch vụ kỹ thuật này. Dẫn tới tình trạng nhiều CBTL sử dụng chung 1 phòng để làm TLTL, khiến hiệu quả công việc và chất lượng chuyên môn không được đảm bảo.
 - + Chưa có quy định rõ ràng về tiêu chuẩn cơ sở cung cấp dịch vụ trị liệu tâm lý.
- Về tổ chức – phối hợp làm việc
 - + Sự phối hợp giữa bác sĩ và CBTL cũng như giữa các CBTL với nhau còn hạn chế.
 - + Nhiều bác sĩ tâm thần chưa quan tâm hoặc chưa tin tưởng TLTL mà chủ yếu quan tâm tới điều trị thuốc nên không khuyến khích dịch vụ này.
 - + Nhận thức từ cán bộ quản lý khoa phòng còn e ngại về vấn đề TLTL hoặc cho rằng vấn đề này mất nhiều thời gian nên không triển khai.
 - + Không có sự đồng bộ giữa các nhà tâm lý. Có một số thì thực hiện được trị liệu tâm lý, một số không nắm vững kiến thức tâm thần nên khó khăn trong thực hiện trị liệu.
- Về đào tạo và giám sát hoạt động chuyên môn của CBTL
 - + Đào tạo chưa gắn với nhu cầu thực tiễn tuyển dụng.
 - + Chưa có sự thống nhất trên toàn quốc về đào tạo, cấp chứng chỉ nghề, kiểm tra đánh giá chất lượng dịch vụ do các nhà tâm lý trị liệu thực hiện.
 - + Không có quy trình chuẩn về trị liệu và giám sát, dẫn đến mỗi người làm theo mỗi cách khác nhau, không biết làm đúng hay chưa đúng kỹ thuật.
 - + Công tác đào tạo còn hạn chế, chưa chuyên sâu
 - + Cơ sở đào tạo TLLS học trong trường đại học, không có CBTL lâm sàng tại bệnh viện dẫn đến việc thực hành khó khăn.
 - + Hệ thống đào tạo y khoa chưa có chuyên ngành tâm lý trị liệu, tâm lý lâm sàng.
 - + CBTL làm việc tại bệnh viện không có người hướng dẫn, giám sát dẫn đến hạn chế nhiều trong hoạt động chuyên môn.
- Về nhận thức xã hội

- + Nhận thức của người dân về tầm quan trọng của TLTL chưa cao. Người dân chưa tin tưởng vào hiệu quả của TLTL.
- + Khó khăn trong việc phát hiện và can thiệp sớm, chủ yếu khi tình hình bệnh nhân trở nặng mới sử dụng dịch vụ tâm lý.
- + Dịch vụ TLTL cho người lớn tuổi chưa triển khai triệt để vì bệnh nhân ưu tiên liệu pháp hoá dược và không sẵn lòng dành thời gian để TLTL.
- Về chi phí dịch vụ tâm lý trị liệu
 - + Tại các cơ sở công, TLTL chưa được phê duyệt giá, nhìn chung là “thỏa thuận” giữa bệnh nhân và cơ sở hoặc được đưa vào thu phí “dịch vụ” của cơ sở. Mức phí này hơi thấp, không tương xứng với công sức và thời gian làm việc của CBTL. Điều này khiến cho hoạt động của CBTL không được ghi nhận. Dưới góc độ đóng góp cho cơ sở, không khuyến khích động lực làm việc cho CBTL.
 - + Tại các cơ sở tư, phí dịch vụ TLTL lại rất cao, mỗi cơ sở có quy định giá khác nhau, có thể dao động từ 300.000đ – 500.000đ – 2.000.000 đ/giờ trị liệu. Mức phí này khiến nhiều người không có khả năng theo trị liệu lâu dài, bên cạnh đó còn đặt ra vấn đề quản lý chất lượng và hoạt động của các cơ sở tư.

e. Khuyến nghị/đề xuất

Nghiên cứu thực trạng nguồn nhân lực trị liệu tâm lý nói trên đã đưa ra một số đề xuất phát triển Tâm lý trị liệu tại Việt Nam như dưới đây.

Về chính sách

- Xây dựng mã chức danh nghề nghiệp cho cán bộ cung cấp dịch vụ tâm lý lâm sàng, trị liệu tâm lý. Cần xây dựng tiêu chí, hướng dẫn và triển khai thực hiện cấp giấy phép hành nghề cho nhà tâm lý lâm sàng
- Quy định về tổ chức bộ máy cung cấp dịch vụ tâm lý lâm sàng trong các cơ sở chuyên khoa tâm thần cũng như các cơ sở y tế khác có nhu cầu dịch vụ tâm lý lâm sàng
- Xây dựng quy trình, hướng dẫn chuyên môn kỹ thuật trị liệu tâm lý
- Xây dựng bảng giá thu phí dịch vụ trị liệu tâm lý, đưa dịch vụ trị liệu tâm lý vào danh mục được bảo hiểm y tế chi trả
- Chính sửa, bổ sung Nghị định 56 của chính phủ về chế độ ưu đãi nghề cho cán bộ tâm lý lâm sàng làm việc ở bệnh viện.
- Xây dựng quy chuẩn về điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị cần thiết cho việc triển khai tâm lý lâm sàng tại các cơ sở CSSKTT

Phát triển nguồn nhân lực

- Xây dựng tiêu chí, chỉ tiêu nhà tâm lý lâm sàng trên số GB. Từ chỉ tiêu đó, phát triển nguồn nhân lực tâm lý lâm sàng.

- Lồng ghép đào tạo văn bằng tâm lý lâm sàng trong các trường đại học y khoa
- Xây dựng quy định chứng chỉ đào tạo liên tục cho cán bộ tâm lý tâm lý lâm sàng /tâm lý trị liệu
- Các bác sĩ, điều dưỡng làm việc trong cơ sở chuyên khoa tâm thần cần được đào tạo cơ bản về hỗ trợ tâm lý

Một số đề xuất khác.

- Xây dựng các mô hình điểm về tâm lý lâm sàng trong mạng lưới tâm thần để các cơ sở có thể học hỏi.
- Triển khai nghiên cứu hiệu quả của tâm lý trị liệu làm bằng chứng cải thiện chất lượng dịch vụ
- Xây dựng và triển khai kế hoạch truyền thông, nâng cao nhận thức công chúng về tầm quan trọng và hiệu quả của tâm lý trị liệu trong CSSKTT
- Xây dựng bộ tiêu chí giám sát chất lượng trị liệu tâm lý

4.11. Về tài chính và cơ chế tài chính

Nguồn tài chính cho chăm sóc SKTT

Theo quy định của Kế hoạch quốc gia phòng, chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn SKTT giai đoạn 2022-2025 thì nguồn ngân sách cho hoạt động chăm sóc SKTT chủ yếu từ nguồn ngân sách sự nghiệp được bố trí từ nguồn chi ngân sách sự nghiệp trung ương và địa phương theo phân cấp ngân sách, trong đó ngân sách trung ương bố trí cho triển khai kế hoạch của Bộ Y tế và các bộ, ngành trung ương; ngân sách tại địa phương bố trí cho triển khai kế hoạch tại địa phương để bảo đảm thực hiện được các chỉ tiêu, mục tiêu và nhiệm vụ của kế hoạch. Căn cứ kế hoạch, đề án được giao, Bộ Y tế, các Bộ, ngành trung ương và địa phương xây dựng dự toán kinh phí thực hiện, tổng hợp trong kế hoạch dự toán ngân sách hằng năm của bộ, ngành trung ương và địa phương trình cấp có thẩm quyền phê duyệt. Cùng nguồn ngân sách sự nghiệp còn có nguồn từ đầu tư công và nguồn này được thực hiện theo quy định của pháp luật về đầu tư công, nguồn do quỹ bảo hiểm y tế chi trả. Ngoài ra có thêm huy động từ nguồn xã hội hóa và các nguồn hợp pháp khác.

Với hoạt động trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần, người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng, Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội đã có Thông tư liên tịch số 115/2012/TTLT-BTC-BLĐTBXH quy định quản lý và sử dụng kinh phí thực hiện Đề án 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 trong đó chỉ rõ 4 nguồn tài chính quan trọng là:

- *Nguồn Ngân sách Trung ương* bảo đảm cho thực hiện các hoạt động của Đề án thuộc nhiệm vụ của các Bộ, cơ quan Trung ương; Hỗ trợ có mục tiêu cho một số địa phương nâng cấp, mở rộng, nâng công suất và mua sắm trang thiết bị, đồ dùng cần thiết phục vụ các hoạt động chăm sóc và phục hồi chức năng cho người tâm thần; xây dựng thí điểm mô hình cơ sở phòng và trị liệu cho

người rối nhiễu tâm trí theo Đề án được cấp có thẩm quyền phê duyệt; Hỗ trợ có mục tiêu đối với các địa phương nhận bổ sung; cân đối từ ngân sách trung ương để thực hiện các nhiệm vụ: (i) Phát triển nguồn nhân lực làm công tác trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người rối nhiễu tâm trí, người tâm thần dựa vào cộng đồng; (ii) Truyền thông, nâng cao nhận thức về trách nhiệm của gia đình, cộng đồng và toàn xã hội về chăm sóc và phục hồi chức năng; nâng cao kiến thức, kỹ năng, trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người rối nhiễu tâm trí, người tâm thần dựa vào cộng đồng.

- *Ngân sách địa phương* chủ động bố trí kinh phí cho các cơ quan, đơn vị ở địa phương thực hiện các hoạt động của Đề án quy định tại Quyết định số 1215/QĐ-TTg theo quy định của pháp luật hiện hành về phân cấp ngân sách nhà nước và quy định tại Điều 3 của Thông tư này.
- *Nguồn vốn viện trợ của các tổ chức quốc tế* (nếu có) cho các hoạt động của Đề án.
- *Nguồn từ đóng góp của gia đình người rối nhiễu tâm trí, người tâm thần.*

Tuy nhiên các văn bản trên đều không cụ thể hóa định mức hay hướng dẫn cụ thể để các ngành, địa phương làm cơ sở tính toán lượng kinh phí cần thiết cho các hoạt động chăm sóc SKTT và chăm sóc sức khỏe cho các nhóm đối tượng cần được chăm sóc SKTT.

Cơ chế tài chính cho chăm sóc SKTT

Kế hoạch quốc gia phòng, chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn SKTT giai đoạn 2022-2025 cũng đã đưa ra các nội dung và giải pháp về cơ chế tài chính cho công tác chăm sóc SKTT, cụ thể là:

- Nghiên cứu, đề xuất chính sách, hướng dẫn phối hợp công - tư, phối hợp với các cơ quan, tổ chức trong và ngoài ngành y tế để tăng cường cung cấp dịch vụ dự phòng, chăm sóc, quản lý điều trị bệnh không lây nhiễm, rối loạn SKTT tại nhà, tại cộng đồng và tại cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu.
- Xây dựng, bổ sung, hoàn thiện cơ chế chính sách về bảo hiểm y tế bảo đảm cho việc quản lý, điều trị bệnh không lây nhiễm tại Trạm Y tế xã.

Tuy nhiên cho đến nay các nội dung và giải pháp này cũng chưa được cập nhật và cụ thể hóa trong các văn bản để làm cơ sở triển khai thực hiện tại tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu.

4.12. Hoạt động cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần

4.12.1 Trong cơ sở chuyên khoa

Các Bệnh viện chuyên khoa tâm thần cung cấp các dịch vụ toàn diện, bao gồm: Truyền thông giáo dục sức khỏe, Khám, phát hiện người có nguy cơ rối loạn tâm thần, chẩn đoán xác định, điều trị, quản lý duy trì (khám, điều trị ngoại trú), Âm nhạc trị liệu, Ngôn ngữ trị liệu, nghề trị liệu, lao động trị liệu, cụ thể như sau:

Bảng: Tỷ lệ % Bệnh viện chuyên khoa tâm thần cung cấp các dịch vụ

7	Tỷ lệ % cơ sở cung cấp các dịch vụ	Tỷ lệ %
	Truyền thông giáo dục sức khỏe	89.13%
	Khám, phát hiện người có nguy cơ rối loạn tâm thần	89.13%
	Chẩn đoán xác định	91.30%
	Điều trị	93.48%
	Quản lý duy trì (khám, điều trị ngoại trú)	84.78%
	Âm nhạc trị liệu	36.96%
	Ngôn ngữ trị liệu	26.09%
	Nghề trị liệu	10.87%
	Lao động trị liệu	36.96%
	Khác	23.91%

Bảng: Tỷ lệ % các BV chuyên khoa tâm thần thực hiện được các kỹ thuật

STT	Tỷ lệ % BV chuyên khoa tâm thần thực hiện được kỹ thuật	Tỷ lệ %
6.1	Kỹ thuật	
	Đọc điện não đồ.	100
	Kích thích từ xuyên sọ.	41,3
	Liệu pháp shock điện	45,65
6.2	Liệu pháp tâm lý	
	a) Liệu pháp hành vi.	73,91
	b) Liệu pháp nhận thức.	69,57
	c) Giáo dục tâm lý	67,39
	d) Liệu pháp kích hoạt hành vi	45,65
	e) Liệu pháp thư giãn	60,87
	f) Liệu pháp giải quyết vấn đề.	28,26
	g) Liệu pháp chánh niệm	13,04
	h) Liệu pháp cam kết và chấp nhận.	17,39
	i) Liệu pháp hành vi cảm xúc hợp lý.	30,43
	j) Liệu pháp trò chơi.	39,13
	k) Liệu pháp nghệ thuật.	30,43

	l) Liệu pháp ám thị	45,65
	m) Liệu pháp gia đình	56,52
	n) Liệu pháp nhóm	63,04
	o) Liệu pháp phỏng vấn động cơ.	23,91
6.3	Phục hồi chức năng:	
	a) Phục hồi chức năng nhận thức thần kinh	30,43
	b) Phục hồi chức năng nhận thức xã hội.	60,87
	c) Ngôn ngữ trị liệu	34,78
	d) Hoạt động trị liệu.	67,39

4.12.2. Trong cơ sở không chuyên khoa

4.12.3. Trong cơ sở do ngành Lao động – Thương binh và Xã hội quản lý

4.13. Chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng

a) Hoạt động quản lý, chăm sóc, điều trị bệnh nhân tâm thần cộng đồng

Hoạt động bảo vệ sức khỏe tâm thần cộng đồng thuộc chương trình mục tiêu y tế dân số giai đoạn 2016-2020 đã kết thúc. Hiện nay 63/63 tỉnh/thành phố đã triển khai hoạt động bảo vệ sức khỏe tâm thần cộng đồng.

- Bệnh Tâm thần phân liệt: Đến 2022 số xã/phường (gọi chung là xã) triển khai đạt 88% số xã/phường trên toàn quốc. Phát hiện quản lý và điều trị 90% số bệnh nhân ở các xã triển khai. Tỷ lệ sa sút, tàn phế và tử vong sớm < 20% số bệnh nhân quản lý. Chữa ổn định 80% số bệnh nhân quản lý.
- Bệnh Động kinh: Đến 2022 số xã triển khai đạt 80% số xã/phường trên toàn quốc. Phát hiện quản lý và điều trị 90% số bệnh nhân ở các xã triển khai. Tỷ lệ sa sút, tàn phế và tử vong sớm < 20% số bệnh nhân quản lý. Chữa ổn định 80% số bệnh nhân quản lý.
- Bệnh Trầm cảm: Số lượng người mắc rối loạn trầm cảm rất lớn (3-5% dân số). Rối loạn trầm cảm tại cộng đồng chủ yếu là mức độ nhẹ và vừa nên triệu chứng lâm sàng không điển hình, thường biểu hiện nổi bật là các triệu chứng cơ thể và triệu chứng thần kinh thực vật. Mặt khác người dân còn mắc cảm với chuyên khoa tâm thần nên việc phát hiện bệnh không mấy thuận lợi. Vì vậy, giai đoạn này chủ yếu đẩy mạnh công tác truyền thông và đào tạo tập huấn.

Tính đến năm 2022 mới có khoảng 5% số xã phường triển khai quản lý, điều trị bệnh nhân trầm cảm.

- Các RLTT ở trẻ em và người cao tuổi

Hầu hết chưa được triển khai tại cộng đồng. Chủ yếu là điều trị nội trú và ngoại trú tại các bệnh viện chuyên khoa tâm thần.

Trong năm 2020 và 2021, do dịch bệnh COVID-19 bùng phát nên các hoạt động của chương trình hầu hết không triển khai được. Tính đến năm 2022, số bệnh nhân đang được quản lý, điều trị tại cộng đồng như sau

- + Tâm thần phân liệt: 155.000 người (chiếm khoảng 60% trên tổng số bệnh nhân)
- + Động kinh: 120.000 người (chiếm khoảng 73% trên tổng số bệnh nhân)
- + Trầm cảm: 56.000 người (chiếm khoảng 3% trên tổng số bệnh nhân)

Số bệnh nhân tâm thần cộng đồng được quản lý điều trị giảm so với giai đoạn trước. Nguyên nhân là do dịch Covid-2019 bùng phát mạnh ở cộng đồng và kinh phí cho quản lý điều trị bệnh nhân tâm thần cộng đồng ở nhiều địa phương không có nên hoạt động triển khai phát hiện bệnh nhân mới hầu như không thực hiện được và số bệnh nhân tâm thần bỏ điều trị gia tăng.

Năm 2022, theo quyết định 155 của Thủ tướng về việc chuyển nhiệm vụ chương trình mục tiêu y tế dân số sang hoạt động thường xuyên của các đơn vị, địa phương. Hiện nay các địa phương đang tiếp tục thực hiện hoạt động bảo vệ sức khoẻ tâm thần cộng đồng giai đoạn 2022-2025, tuy nhiên đa số là gặp nhiều khó khăn trong quá trình thực hiện.

b) Hoạt động truyền thông

Tích cực giáo dục truyền thông qua các phương tiện thông tin đại chúng và phổ biến trực tiếp, cụ thể là:

- + Qua đài truyền hình: kết hợp với Đài truyền hình trung ương và địa phương làm các phóng sự về CSSKTT cộng đồng
- + Qua kênh VOV giao thông của Đài tiếng nói Việt Nam: Các chuyên đề SKTT
- + Tổ chức các cuộc nói chuyện chuyên đề, thi tìm hiểu về SKTT.
- + Qua báo điện tử và tạp chí chuyên ngành
- + Qua sách nhỏ, tờ rơi, khẩu hiệu, pano, áp phích
- + Qua đài truyền thanh tuyến xã/phường: thông điệp về các chuyên đề SKTT.

Tuy nhiên hoạt động truyền thông còn gặp nhiều khó khăn và hạn chế do kinh phí dành cho truyền thông rất thấp.

c) Hoạt động đào tạo, tập huấn

Mở lớp tập huấn ngắn hạn tại chỗ nhằm cập nhật kiến thức phát hiện và chẩn đoán, điều trị, quản lý và phục hồi chức năng cho người bệnh rối loạn trầm cảm, động kinh và tâm thần phân liệt tại cộng đồng.

Tuyến trung ương hỗ trợ tuyến tỉnh, đặc biệt là các tỉnh còn khó khăn về nhân lực. Tuyến tỉnh tập huấn cho tuyến huyện và xã phường.

d) Xây dựng các mô hình quản lý, điều trị, chăm sóc và phục hồi chức năng cho người bệnh tâm thần tại cộng đồng.

Các năm vừa qua do đại dịch COVID-19 xảy ra và thiếu kinh phí hoạt động nên gây ảnh hưởng không nhỏ đến hoạt động này. Hầu hết không được xây dựng mới tại các địa phương mà hiện tại là duy trì các mô hình đã sẵn có.

e) Hiệu quả của chương trình

Thông qua công tác truyền thông của Dự án giúp cộng đồng nhận thức và ngày càng hiểu rõ hơn về bệnh tâm thần. Người dân không cúng bái mà đưa người thân bị bệnh tâm thần đến các cơ sở chuyên khoa tâm thần để điều trị sớm hơn.

Thông qua hoạt động và hiệu quả của Dự án, các cấp chính quyền và nhân dân nhiệt liệt hưởng ứng và ủng hộ cao đối với hoạt động bảo vệ sức khoẻ tâm thần cộng đồng.

Người bệnh tâm thần có thuốc uống giúp họ ổn định và hoà nhập với cộng đồng và xã hội đặc biệt là những bệnh nhân ở vùng sâu, vùng xa.

Người bệnh tâm thần được quản lý và điều trị ở cộng đồng giúp họ nhanh chóng ổn định bệnh, có môi trường thuận lợi để hoà nhập với gia đình, cộng đồng và xã hội, đỡ tốn kém về kinh tế trong điều trị bệnh.

Thông qua dự án, hệ thống mạng lưới tâm thần phát triển ngày càng vững mạnh và đều khắp từ trung ương đến địa phương, kiến thức về chuyên khoa tâm thần cũng được nâng cao ở đội ngũ cán bộ tuyến huyện và tuyến xã/phường trong cả nước.

Dự án Bảo vệ SKTT cộng đồng là dự án mang đúng ý nghĩa cho cộng đồng. Bởi vì Dự án được thực hiện tại tuyến y tế cơ sở và tới tận gia đình người bệnh vì thế tính hiệu quả rất cao, được người dân và các cấp chính quyền hết sức hoan nghênh và ủng hộ.

Dự án được triển khai trên diện rộng nhất là ở vùng sâu vùng xa, Dự án trực tiếp hỗ trợ cho người nghèo đối tượng cần được quan tâm của nhà nước. Bởi gia đình người bệnh tâm thần là đối tượng nghèo nhất của xã hội, họ có thuốc, bệnh ổn định, giúp họ tự kiếm sống, không gây rối xã hội qua đó làm giảm gánh nặng cho gia đình cộng đồng và xã hội.

Tuy số ngân sách hàng năm Bộ Y tế phân bổ chưa đáp ứng theo kế hoạch của Dự án đã đề ra nhưng nhờ sự ủng hộ của các địa phương nên các chỉ tiêu chuyên môn hàng năm gần đạt kế hoạch như: chỉ tiêu số xã triển khai, số bệnh nhân được quản lý điều trị, tỷ lệ bệnh nhân ổn định sống hoà nhập với cộng đồng; vì vậy làm giảm quá tải cho các bệnh viện từ trung ương cho đến địa phương...

5. Hoạt động giám sát về RLTT

Năm 2002, Bệnh viện Tâm thần trung ương 1 thực hiện khảo sát tỷ lệ mắc rối loạn tâm thần thường gặp. Từ đó đến nay chưa có khảo sát dịch tễ nào về SKTT.

Các số liệu khám, chữa bệnh tâm thần thực hiện theo mạng lưới cơ sở KBCB để báo cáo.

Các số liệu quản lý người bệnh tâm thần tại cộng đồng thực hiện theo Hướng dẫn của Bệnh viện Tâm thần trung ương 1.

6. Đánh giá chung kết quả đạt được

6.1. Kết quả đạt được

(1) Luật pháp về sức khỏe tâm thần: Hiện nay Việt Nam chưa có Luật sức khỏe tâm thần. Một số quy định pháp luật về sức khỏe tâm thần có trong các văn bản quy phạm pháp luật khác nhau: Luật Bảo vệ Sức khỏe Nhân dân ban hành năm 1989; Luật Phòng chống ma túy năm 2000; Bộ Luật hình sự năm 2015; Bộ Luật Tố tụng Hình sự năm 2015; Luật Giám định tư pháp năm 2012; Luật Dược năm 2016; Luật Bảo hiểm y tế năm 2008; Luật Trẻ em năm 2016; Luật người cao tuổi năm 2009; Luật Khám bệnh, chữa bệnh ban hành năm 2009 và mới đây nhất là Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2022. Theo báo cáo của WHO năm 2020 (Mental Health Atlas 2020), có 111 nước trên tổng số 171 nước báo cáo có Luật Sức khỏe Tâm thần: như Singapore ban hành năm 2008, Philippines năm 2018, Malaysia năm 2010, Indonesia và Brunei thông qua Luật Sức khỏe tâm thần vào năm 2014.

(2) Chính sách về sức khỏe tâm thần: Thiết lập Chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng: Ngày 10/10/1998, Thủ tướng Chính phủ đã ký bổ sung Dự án Bảo vệ sức khỏe Tâm thần cộng đồng (BVSKTT) vào Chương trình mục tiêu quốc gia phòng chống một số bệnh xã hội – bệnh dịch nguy hiểm HIV & AIDS, sau đó thuộc Chương trình mục tiêu Quốc gia về y tế giai đoạn 2015-2020. Dự án tập trung vào bệnh tâm thần phân liệt, động kinh và trầm cảm. Ngày 29/01/2022 Thủ tướng Chính phủ ký ban hành Quyết định số 155/QĐ-TTg của TTCP phê duyệt kế hoạch quốc gia phòng, chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn sức khỏe tâm thần giai đoạn 2022-2025, trong đó có một mục tiêu quan trọng là ít nhất 40% người thuộc đối tượng nguy cơ cao được định kỳ sàng lọc một số rối loạn SKTT theo hướng dẫn; phát hiện được ít nhất 70% người mắc tâm thần phân liệt và động kinh, 50% người mắc trầm cảm, 30% người bị sa sút trí tuệ và một số RLTT khác; quản lý điều trị ít nhất 80% người bệnh tâm thần phân liệt, 70% người bệnh động kinh và 50% người bệnh trầm cảm đã được phát hiện; 100% số Trạm Y tế xã thực hiện quản lý cấp thuốc điều trị cho người bệnh tâm thần phân liệt và động kinh; 50% số Trạm Y tế xã quản lý cấp thuốc điều trị cho người bệnh trầm cảm. Qua quá trình triển khai, một số kết quả chính được ghi nhận như: 63/63 tỉnh/thành phố đã triển khai hoạt động bảo vệ sức khỏe tâm thần cộng đồng: tỷ lệ các trạm y tế xã, phường triển khai quản lý đạt 88% đối với bệnh tâm thần phân liệt; 80% đối với bệnh động kinh, 5% đối với trầm cảm. Nhưng chủ yếu là quản lý danh sách người bệnh.

(3) Truyền thông nâng cao nhận thức: Xây dựng các tài liệu truyền thông, cấp phát tài liệu truyền thông, tổ chức các hoạt động truyền thông giáo dục về sức khỏe tâm thần qua các phương tiện thông tin đại chúng và phổ biến trực tiếp: Qua đài truyền hình: kết hợp với Đài truyền hình trung ương và địa phương làm các phóng sự về CSSKTT cộng đồng; qua kênh VOV giao thông của Đài tiếng nói Việt Nam: Các chuyên đề SKTT; tổ chức các cuộc nói chuyện chuyên đề, thi tìm hiểu về SKTT; qua báo điện tử và tạp chí chuyên ngành; qua sách nhỏ, tờ rơi,

khẩu hiệu, pano, áp phích; loa đài truyền thanh tuyến xã/phường: thông điệp về các chuyên đề SKTT. Tổ chức các sự kiện nhân ngày Sức khỏe tâm thần thế giới.

(4) Hệ thống cơ sở chăm sóc sức khỏe tâm thần

- Hệ thống cơ sở chăm sóc SKTT hiện nay gồm các cơ sở chăm sóc sức khỏe do ngành y tế quản lý và mạng lưới các cơ sở bảo trợ xã hội chăm sóc và PHCN cho người tâm thần, người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng do ngành Lao động – Thương binh và xã hội quản lý. Hệ thống CSSK tâm thần ngành y tế gồm có:

- Cơ sở CSSK ban đầu: các trạm y tế xã, phường thị trấn thực hiện các nhiệm vụ dự phòng, nâng cao sức khỏe, phát hiện sớm, quản lý điều trị rối loạn tâm thần, chủ yếu tập trung vào quản lý danh sách bệnh nhân tâm thần phân liệt, động kinh, chỉ khám, cấp thuốc điều trị cho một tỷ lệ rất ít bệnh nhân. Đối với trầm cảm chỉ mới triển khai được ở một số ít trạm y tế xã, phường.

- Cơ sở khám, chữa bệnh đa khoa tại tuyến quận, huyện tổ chức khám, chữa bệnh tâm thần: Kết quả khảo sát năm 2022 của Cục QLKCB – BHYT cho thấy: Có 61.3% (398/tổng số 649) Bệnh viện huyện/trung tâm y tế quận huyện tổ chức KCB ngoại trú cho người bệnh tâm thần, nhưng chỉ có 9.1% (59/649) cơ sở tuyến quận, huyện tổ chức KCB nội trú cho người bệnh tâm thần. Kết quả này cho thấy khoảng trống lớn về điều trị rối loạn tâm thần tại tuyến quận, huyện.

- Cơ sở khám, chữa bệnh đa khoa tại tỉnh, thành phố tổ chức khám, chữa bệnh tâm thần: có 50.2% cơ sở BV ĐK tỉnh, BV chuyên khoa khác (không phải chuyên khoa tâm thần) tỉnh, thành phố tổ chức KCB ngoại trú cho người bệnh tâm thần. 33.9% BV ĐK tỉnh, BV chuyên khoa tỉnh, thành phố tổ chức KCB nội trú cho người bệnh tâm thần, có 42 BV ĐK tỉnh, BV chuyên khoa tỉnh, thành có Khoa tâm thần.

- Cơ sở khám, chữa bệnh chuyên khoa tâm thần: tuyến trung ương có 2 bệnh viện chuyên khoa tâm thần là BV tâm thần Trung ương 1 ở Hà Nội và Bệnh viện Tâm thần Trung ương 2 ở Đồng Nai. Ngoài ra Viện SKTT thuộc Bệnh viện Bạch Mai cũng là một cơ sở chuyên khoa tâm thần. Tại các địa phương hiện có 43/63 tỉnh đã có các bệnh viện chuyên khoa tâm thần. Cơ sở điều trị nội trú ban ngày: cả nước có 01 Bệnh viện là Bệnh viện Tâm thần ban ngày Mai Hương (với 02 cơ sở tại 2 địa điểm).

(5) Giường bệnh chuyên khoa tâm thần: Báo cáo kết quả UNICEF thực hiện năm 2021 cho thấy tỷ lệ giường bệnh tâm thần đạt 10,3 giường bệnh tâm thần/100.000 dân. Năm 2022 tổng số giường bệnh tâm thần trong cả nước theo kế hoạch là 9.406 giường đạt tỷ lệ là 9,44/100.000 dân, theo thực kê là 11.420 đạt tỷ lệ 11,46/100.000 dân (thấp hơn so với toàn cầu năm 2020: 14,5 giường bệnh (GB) trên 100.000 dân); tỷ lệ GB tâm thần trẻ em theo kế hoạch là 5,3% và theo thực kê là 4,4%. Tại BV Chuyên khoa tâm thần: tổng số GB tâm thần là 8.375 GB theo kế hoạch và 9.971 GB theo thực kê, trong đó số GB tâm thần trẻ em là 423 GB theo kế hoạch và 488 GB theo thực kê.

(6) Nhân lực

Theo Báo cáo kết quả nghiên cứu năm 2021 của UNICEF, tỷ lệ bác sỹ tâm thần trên 100.000 dân đạt 0,62/100.000 dân trong năm 2021, khá thấp so với mức độ chung ở các nước có thu nhập trung bình cao (năm 2020: 1,7/100.000 dân). Trong số bác sỹ chuyên khoa tâm thần, có 83% bác sỹ làm việc tại các Bệnh viện chuyên khoa tâm thần tỉnh, thành phố; 9,5% làm việc tại Bệnh viện tâm thần trung ương và 3,9% làm việc tại khoa tâm thần của Bệnh viện đa khoa và 3,6% làm việc tại khoa tâm thần của Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh, thành phố. Điều dưỡng làm việc trong lĩnh vực CSSKTT: năm 2023, Việt Nam có 3 điều dưỡng tâm thần trên 100.000 dân (thấp hơn so với trung bình toàn cầu là **3,8 điều dưỡng trên 100.000 dân năm 2020**). Hầu hết các điều dưỡng tâm thần làm việc tại các Bệnh viện chuyên khoa tâm thần tỉnh, thành phố (75%); 19,8% tại BVCK tâm thần trung ương; 4,4% tại khoa tâm thần trong BVĐK tỉnh, chỉ có 0,8% làm việc tại khoa tâm thần của Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh, thành phố. Nhà tâm lý lâm sàng: Báo cáo UNICEF 2021, Việt Nam có 143 nhà tâm lý lâm sàng và tâm lý trị liệu (tương đương 3% của các nhà lâm sàng) trong các bệnh viện công. Điều này có nghĩa có 1 nhà hành nghề tâm lý làm việc với 8 nhà hành nghề về y khoa (bác sỹ tâm thần) và 20 điều dưỡng trong các cơ sở. Tính trên 100.000 dân, số nhà tâm lý lâm sàng/tâm lý trị liệu là 0,15 thấp hơn gần 10 lần so với trung bình chung toàn cầu (1,4/100.000 dân), thấp hơn một nửa so với khu vực Đông Nam Á (0,3/100.000 dân), thấp hơn một nửa so với các nước thu nhập trung bình thấp (0,3/100.000 dân).

(7) Thuốc và trang thiết bị thiết yếu: Tỷ lệ % các Bệnh viện chuyên khoa tâm thần sẵn có thuốc thiết yếu điều trị rối loạn tâm thần, đạt trên 90% (nhóm thuốc chống co giật, động kinh đạt 100%; nhóm thuốc điều trị suy giảm nhân thức đạt 95,65%...). Tỷ lệ % Bệnh viện chuyên khoa tâm thần đảm bảo đủ các trang thiết bị thiết yếu ở mức cao (91.3% cơ sở có máy điện não; 73.9% có thiết bị siêu âm).

6.2. Khó khăn, tồn tại

- Nhận thức sai lầm và sự kỳ thị của xã hội đối với người bệnh mắc RLTT: đa số coi RLTT chỉ là tâm thần phân liệt mà không biết rằng RLTT có nhiều loại khác nhau như trầm cảm, lo âu, RLTT do rượu... Ảnh hưởng của văn hóa xã hội và sự thiếu hiểu biết đã dẫn đến việc kỳ thị người bệnh mắc RLTT, không chấp nhận các chẩn đoán RLTT đưa đến sự chậm trễ trong quá trình chẩn đoán, điều trị và tìm đến các phương pháp điều trị cực đoan.
- Hầu hết người dân chưa được nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần: Dịch vụ SKTT chủ yếu có ở cơ sở chuyên khoa tuyến trung ương và tỉnh. Tuyến huyện và xã chủ yếu quản lý, điều trị tâm thần phân liệt và động kinh, trong khi đó theo điều tra của Bệnh viện Tâm thần trung ương 1 thì 2 bệnh này chỉ chiếm khoảng 0,5% dân số và tổng các RLTT là 14,2% dân số. Ước tính 0,5% RLTT khác được điều trị tại cơ sở chuyên khoa, như vậy có tới trên 90% (13/14) người rối loạn tâm thần chưa được nhận dịch vụ chính thức, trong khi đó tình hình RLTT ngày càng gia tăng về số lượng cũng như đa dạng thêm về nhiều mặt bệnh như lo âu, nghiện chất, sa sút trí tuệ, tự kỷ, tăng động giảm chú ý...

- Dịch vụ SKTT ở Việt Nam chủ yếu là điều trị bằng thuốc. Cả nước có khoảng 100 triệu dân, với khoảng 14 triệu người RLTT nhưng chỉ có 143 nhà tâm lý lâm sàng và tâm lý trị liệu. Tuy nhiên dịch vụ tâm lý lâm sàng chưa phải là dịch vụ chính thức được bảo hiểm y tế chi trả do vậy 143 nhà tâm lý lâm sàng và tâm lý trị liệu chủ yếu được coi là kỹ thuật viên và làm các trắc nghiệm tâm lý, không phải dịch vụ tâm lý lâm sàng thực sự. Các dịch vụ phục hồi chức năng tâm thần cũng rất hạn chế.
- Không có dịch vụ SKTT chính thức cho người dân bị tác động của thiên tai, thảm họa ví dụ như lũ lụt, hạn hán và dịch bệnh (như đại dịch COVID19).
- SKTT chưa được coi trọng: Do SKTT khó nhận thấy hơn so với sức khỏe thể chất nên chưa được quan tâm đúng mức; hoạt động KCB tâm thần trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chưa được quan tâm như các lĩnh vực chuyên khoa, chuyên ngành khác; hoạt động về dự phòng, nâng cao sức khỏe tâm thần và y tế cơ sở chưa được chú trọng.
- Hệ thống chăm sóc SKTT phát triển không đầy đủ, còn nhiều khoảng trống: Tuyến xã, phường tập trung nhiều vào quản lý danh sách người bệnh tâm thần, chủ yếu là cấp thuốc điều trị tâm thần theo chỉ định của tuyến trên, không thực hiện công việc khám, chẩn đoán, kê đơn điều trị RLTT; tuyến huyện hầu như không cung cấp dịch vụ KCB nội trú về tâm thần; việc lồng ghép CSSKTT trong chăm sóc sức khỏe chung, nhất là CSSKBĐ hạn chế, hầu như chỉ cơ sở chuyên khoa tâm thần cung cấp dịch vụ. Ở tỉnh, thành phố có bệnh viện chuyên khoa tâm thần thì không có khoa tâm thần trong Bệnh viện đa khoa tỉnh, thành phố; Các bệnh viện chuyên khoa như nhi, sản-nhi, lão khoa không có khoa tâm thần.
- Thiếu nhân lực nhất là bác sĩ chuyên khoa tâm thần, nhà tâm lý lâm sàng, trong khi phải kiêm nhiều nhiệm vụ. Số lượng y sĩ, bác sĩ có chứng chỉ hành nghề tâm thần rất thấp. Như ở tỉnh Hoà Bình chỉ có 01 bác sĩ chuyên khoa tâm thần có chứng chỉ hành nghề. Thiếu hành lang pháp lý để hành nghề trị liệu tâm lý, **liệu pháp hoạt động** (chưa có mã ngạch riêng cho tâm lý lâm sàng/tâm lý trị liệu, **liệu pháp hoạt động** phạm vi hoạt động): Bệnh viện chuyên khoa tâm thần sử dụng mã ngạch của cán sự xã hội, kỹ thuật viên cho cán bộ tâm lý khi làm việc tại bệnh viện. Nhân lực chuyên khoa tâm thần chủ yếu tập trung ở tuyến tỉnh, thành phố và trung ương. Nhân lực CSSKTT ở tuyến y tế cơ sở thay đổi liên tục, không đảm bảo thực hiện các nhiệm vụ chuyên môn quản lý bệnh nhân tâm thần cộng đồng.
- Kinh phí dành cho bảo vệ sức khỏe tâm thần thấp (Nhiều địa phương không có kinh phí để hoạt động chuyên môn, chủ yếu kinh phí dành cho mua thuốc điều trị tâm thần phân liệt, động kinh).
- Thực hiện khám chữa bệnh bảo hiểm y tế còn nhiều khó khăn: nhiều TYT xã chưa triển khai KCB, cấp thuốc theo chính sách BHYT. Y sĩ, bác sĩ không đủ điều kiện khám kê đơn. Việc đấu thầu mua thuốc chuyên khoa: Hướng thần,

an thần kinh như diazepam, phenobacital... còn nhiều khó khăn, do giá thành thấp, không có đơn vị tham gia đấu thầu.

- Việc hợp tác liên ngành giữa y tế, lao động thương binh và xã hội và các cơ quan, đối tác liên quan trong CSSKTT còn hạn chế.
- Chính sách thu hút đối với cán bộ chuyên khoa tâm thần đã được quan tâm, tuy nhiên hiện vẫn còn nhiều bất cập. Đặc biệt hiện nay một số Bệnh viện tâm thần tuyến tỉnh đã phải thực hiện cơ chế tự chủ tài chính (như Bệnh viện Tâm thần tỉnh Hà Tĩnh hiện đang phải tự chủ 43,1% về chi thường xuyên) gây khó khăn cho nguồn thu của các đơn vị. Thu nhập thấp trong khi phải làm việc trong môi trường nguy hiểm, vất vả nên việc tuyển dụng nhân lực vào các cơ sở khám, chữa bệnh chuyên khoa tâm thần, đặc biệt là bác sỹ rất khó khăn. Hiện nay, nhiều bệnh viện tâm thần tuyến tỉnh vẫn chưa tuyển đủ chỉ tiêu bác sỹ theo đề án vị trí việc làm.

6.3. Cơ hội

- Đảng và nhà nước, Bộ Y tế và các Bộ ngành liên quan đã quan tâm tới lĩnh vực sức khoẻ tâm thần.
- Được sự ủng hộ nhiệt tình của Chính quyền, các tổ chức quần chúng của các địa phương trên toàn quốc.
- Đội ngũ cán bộ chuyên khoa tuy còn thiếu và yếu nhưng phần lớn là nhiệt tình và có tinh thần trách nhiệm cao.
- Đội ngũ nhân viên y tế và xã hội đã được đào tạo, tập huấn.
- Mạng lưới chăm sóc sức khoẻ tâm thần trong cả nước từ trung ương đến các địa phương đã hoạt động tương đối đều trong công tác triển khai và duy trì dự án.

7. Khuyến nghị và kinh nghiệm quốc tế về SKTT

Khuyến nghị 1: Tái chú trọng vào chương trình SKTT bao gồm cả trạng thái thoải mái hạnh phúc và tiếp cận tới những người chưa được tiếp cận thông qua chỉ đạo đưa SKTT vào trong tất cả các chính sách và các chiến lược được phù hợp với những nhu cầu được đề xuất của cộng đồng, được hỗ trợ bởi truyền thông chiến lược và vận động chính sách.

- Định hướng lại luật pháp, chính sách, kế hoạch và chiến lược về SKTT theo hướng nâng cao trạng thái thoải mái, hạnh phúc và giảm bất bình đẳng về SKTT (Hộp 5 và 6). Lòng ghép SKTT và quyền của những người có tình trạng SKTT vào các chiến lược phát triển quốc gia, chuẩn bị sẵn sàng cho tình trạng khẩn cấp và các luật, chính sách và chiến lược liên quan của các ngành (ví dụ: giáo dục, phúc lợi xã hội, tư pháp và lao động). Xác định các chính trị gia tâm huyết để thúc đẩy sự thay đổi này và huy động các nguồn lực ở tất cả các cấp chính quyền và các ngành để hỗ trợ thực hiện.
- Thông qua nghiên cứu, chủ động xác định các nhóm dễ bị tổn thương và bị thiệt thòi trong xã hội, bao gồm cả những người mới bị thiệt thòi do hậu quả của đại dịch COVID-19, nhằm giảm đáng kể bất bình đẳng về SKTT.

- Thu hút một cách có ý nghĩa những người sử dụng dịch vụ, những người trẻ tuổi, các cộng đồng rộng lớn hơn và thế hệ cán bộ chuyên môn SKTT kế cận trong việc xác định các nhu cầu và rào cản dịch vụ thông qua đối thoại và sự tham gia của cộng đồng.
- Lòng ghép nâng cao SKTT bằng cách: tích hợp các phương pháp tiếp cận từ các mô hình trong nước về chữa bệnh, hiểu biết và đánh giá SKTT; mô tả các nguyên nhân cơ bản của sự kỳ thị; và áp dụng cách tiếp cận về bối cảnh đối với SKTT, nhắm mục tiêu vào gia đình, cộng đồng, trường học, nơi làm việc, cộng đồng trực tuyến và các bối cảnh trực tuyến khác.
- Nâng cao hiểu biết về SKTT của người dân bằng cách: thúc đẩy tự chăm sóc, tâm lý và khả năng phục hồi tích cực thông qua các ứng dụng phần mềm SKTT kỹ thuật số; cung cấp nền tảng cho hành động tập thể; và phát triển một hình thức truyền thông mới về SKTT dựa trên trạng thái bình an của cá nhân và xã hội, được đưa vào cuộc sống và được lan tỏa trên tất cả các hình thức truyền thông (Hộp 7).
- Giảm sự kỳ thị đối với SKTT thông qua báo chí có trách nhiệm, hướng dẫn báo cáo hoặc đưa tin phù hợp về các vấn đề SKTT, tạo nội dung có đầy đủ thông tin và các can thiệp truyền thông thay đổi hành vi và xã hội.
- Vận động cho luật pháp, chính sách xã hội, chiến lược và kế hoạch tiên bộ và đa ngành nhằm giải quyết đầy đủ các yếu tố quyết định SKTT và nâng cao trạng thái bình an.

Hộp 5. Thúc đẩy cách tiếp cận toàn diện đối với SKTT

Kế hoạch Hành động Quốc gia về Cuộc sống Khỏe mạnh và Năng động giai đoạn 2021 – 2024 của Mông Cổ được thông qua vào tháng 12/2021 nhằm mục đích thiết lập một môi trường xã hội hỗ trợ nhằm giáo dục SKTT và trạng thái bình an của tất cả mọi người. Theo mục tiêu về SKTT, kế hoạch yêu cầu các biện pháp và hành động toàn diện dựa trên quần thể để hỗ trợ SKTT.

Để đạt được mục tiêu của kế hoạch mới liên quan đến tăng cường khả năng tiếp cận các dịch vụ SKTT và hỗ trợ tâm lý xã hội bằng cách phát triển các chương trình dựa vào cộng đồng và tăng cường năng lực cho những người không chuyên để thực hiện các can thiệp cơ bản về SKTT. Bộ Y tế và Trung tâm SKTT Quốc gia đang bảo vệ các sáng kiến này và đã bắt đầu triển khai các chương trình ở Ulaanbaatar và tỉnh Khentii. Giáo dục là một biện pháp can thiệp quan trọng khác, với kế hoạch mới yêu cầu tích hợp hơn nữa SKTT vào chương trình giảng dạy ở bậc tiểu học và trung học. Nó cũng nhằm mục đích trao quyền cho những người trẻ tuổi bằng cách nâng cao hiểu biết về SKTT của họ và tạo điều kiện tiếp cận can thiệp sớm thông qua các ứng dụng kỹ thuật số. Xây dựng năng lực cho giáo viên, cán bộ quản lý và nhân viên xã hội cũng rất quan trọng để thu hút sự tham gia của ngành giáo dục một cách rộng rãi hơn.

Hộp 6. Cam kết nâng cao trạng thái an bình vì tương lai của SKTT

Năm 2019, Chính phủ New Zealand đã công bố một khoản ngân sách đầy tham vọng trị giá 1,9 tỷ đô la New Zealand trong bốn năm để hỗ trợ trạng thái an bình cho người dân như một phần của tầm nhìn và chiến lược dài hạn nhằm chuyển đổi cách tiếp cận của họ đối với SKTT.

Kia Manawanui Aotearoa: Con đường dài hạn đến SKTT là chiến lược và kế hoạch hành động của Chính phủ nhằm thúc đẩy, bảo vệ và tăng cường SKTT. Kế hoạch này gắn liền với tầm nhìn dài hạn của *Pae ora* (tương lai khỏe mạnh) và tìm cách mở rộng các định nghĩa hạn hẹp về SKTT và dịch vụ bằng cách xem xét thực tế hàng ngày trong cuộc sống của mọi người - đó là cách “mọi người sống, trưởng thành và phát triển với tư cách cá nhân và thành viên trong gia đình - *whānau*, cộng đồng và môi trường rộng lớn hơn của họ”.

Nền tảng của kế hoạch là năm lĩnh vực trọng tâm được kết nối với nhau, bao gồm chuỗi liên tục của SKTT, mở rộng thúc đẩy và phòng ngừa, cũng như các dịch vụ và hỗ trợ SKTT:

- + Xây dựng nền tảng xã hội, văn hóa, môi trường và kinh tế cho SKTT
- + Trang bị cho cộng đồng, gia đình và cá nhân để chăm sóc SKTT của họ
- + Thúc đẩy các giải pháp do cộng đồng chủ trì
- + Mở rộng hỗ trợ SKTT ban đầu trong cộng đồng
- + Tăng cường các dịch vụ chuyên khoa.

Kia Manawanui áp dụng cách tiếp cận dựa trên quần thể để tăng cường tập trung vào việc thúc đẩy các yếu tố quyết định SKTT và giải quyết sự bất bình đẳng dẫn đến sự chênh lệch về kết quả đối với các nhóm dân cư cụ thể, bên cạnh việc tăng cường các dịch vụ chăm sóc SKTT và cai nghiện cho những người cần dịch vụ. Đó là một kế hoạch toàn chính phủ thừa nhận sự cần thiết của một cách tiếp cận tập thể - toàn chính phủ; cộng đồng; *whānau* (gia đình), *hapū* (nhóm họ hàng mở rộng) và *iwi* (nhóm họ hàng dân tộc); và bản thân các cá nhân – để cải thiện SKTT.

Hộp 7. Khai thác phương tiện truyền thông kỹ thuật số để nâng cao SKTT

Cơ sở hạ tầng kỹ thuật số mạnh mẽ đã cho phép Chính phủ Đặc khu Hành chính Hồng Kông (Trung Quốc) tiếp cận công chúng với các thông điệp chính và nhiều sáng kiến khác nhằm nâng cao hiểu biết về SKTT và khuyến khích hành vi tìm kiếm sức khỏe phù hợp. Đầu tư vào tiếp thị xã hội và phát triển tài nguyên kỹ thuật số, kết hợp với sự tham gia của các nhân vật công chúng (nghệ sĩ, người có ảnh hưởng, v.v.) và các tổ chức xã hội dân sự trong việc thực hiện chiến dịch, đã góp phần tạo ra tác động và phạm vi tiếp cận rộng rãi của các hoạt động nâng cao SKTT. Ví dụ, lấy tên từ một bài hát nổi tiếng, sáng kiến về SKTT “Shall We Talk – Chúng ta Nói chuyện nhé” khuyến khích công chúng – đặc biệt là giới trẻ – dành 15 phút để kiểm tra SKTT của bạn bè họ. Ca sĩ gốc của bài hát

đóng vai trò là đại sứ SKTT và cởi mở chia sẻ những khó khăn của bản thân, từ đó giúp giảm bớt sự kỳ thị. Chiến dịch sử dụng nhiều bối cảnh và kênh khác nhau, đồng thời những cải tiến mới đang được khám phá, bao gồm chatbot và trang web/trung tâm thông tin hiện đang được phát triển để cung cấp thông tin về SKTT cho tất cả những ai tìm kiếm thông tin đó.

Khuyến nghị 2: Chuyển đổi hỗ trợ và chăm sóc SKTT thành một hệ sinh thái dựa vào cộng đồng gồm các dịch vụ xã hội, y tế và những đổi mới, được hỗ trợ bởi lực lượng lao động chăm sóc SKTT được mở rộng và được đào tạo bài bản bao gồm các cán bộ chuyên sâu, người không chuyên và mạng lưới xã hội, cung cấp đầy đủ các biện pháp can thiệp và được hỗ trợ bởi một hệ thống thông tin đáp ứng thúc đẩy tác động.

- + Đồng thiết kế với các bên liên quan khác nhau và những người có trải nghiệm sống một hệ sinh thái SKTT cộng đồng toàn diện, tích hợp SKTT vào tất cả các cấp độ chăm sóc và tổ chức các dịch vụ y tế (ví dụ: tự chăm sóc, chăm sóc không chính thức, chăm sóc cộng đồng, can thiệp không cần có sự tham gia thương xuyên của chuyên khoa và chăm sóc chuyên khoa) và các dịch vụ xã hội (ví dụ, nhà ở, việc làm, an ninh lương thực, tiếp cận giáo dục và các dịch vụ đặc thù dành cho phụ nữ, người bản địa, người di cư và các nhóm thiểu số khác) đối các nhu cầu và bối cảnh cụ thể của người sử dụng dịch vụ (Hình 7).
- + Đẩy nhanh quá trình phi thể chế hóa, thực hiện các giải pháp thay thế cho các biện pháp ép buộc trong các môi trường khác nhau và thúc đẩy các quy trình chăm sóc để phục hồi chức năng và khôi phục thông qua luật pháp và các hành động chính sách khác, mở rộng khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc dựa vào cộng đồng, thúc đẩy can thiệp sớm, cải thiện chất lượng đồng thời của bệnh nhân nội trú và chăm sóc SKTT trong cơ sở nội trú khi rời khỏi sự chăm sóc có giám sát tại các bệnh viện tâm thần, và các can thiệp truyền thông thay đổi hành vi và xã hội.
- + Lồng ghép SKTT vào cải cách UHC (bao phủ sức khỏe toàn dân) bằng cách thông qua luật pháp phù hợp, kết hợp các khái niệm và phương pháp tiếp cận theo định hướng phục hồi và dựa trên quyền trong thiết kế và cung cấp dịch vụ chăm sóc lấy con người làm trung tâm và dựa trên quyền con người, đồng thời cung cấp bảo vệ tài chính công bằng và bền vững cho những người có tình trạng SKTT (ví dụ: thông qua việc đưa SKTT vào các chương trình bảo hiểm xã hội hoặc các gói chăm sóc sức khỏe thiết yếu).
- + Xây dựng năng lực cho lực lượng lao động chăm sóc SKTT kế cận, bao gồm các cán bộ chuyên khoa, người không chuyên và mạng lưới xã hội trong và ngoài ngành y tế, để tham gia vào hành động đa ngành vì SKTT bằng cách huy động tài sản của gia đình và cộng đồng và sử dụng kỹ thuật số để cung cấp dịch vụ sàng lọc các vấn đề SKTT, hỗ trợ tâm lý xã hội và ứng phó với các trường hợp y tế khẩn cấp.

- + Tổ chức các mạng lưới cung cấp dịch vụ dựa vào cộng đồng đối với mô hình chăm sóc lấy con người làm trung tâm, tránh xa các phương pháp tiếp cận chỉ dựa trên biểu hiện và kết quả lâm sàng và thay vào đó hướng tới việc xem xét đầy đủ hơn các quyền, nhu cầu, quan điểm và ưu tiên của một người. Huy động và củng cố năng lực của lực lượng lao động chăm sóc SKTT mở rộng, bao gồm những người có trải nghiệm sống (hỗ trợ đồng đẳng), nhân viên cộng đồng, thành viên tôn giáo, khu vực tư nhân, tình nguyện viên, thành viên gia đình và các bên liên quan đến SKTT khác, để cung cấp nhiều dịch vụ can thiệp SKTT và tâm lý xã hội (Hộp 8 và 9).
- + Cải thiện việc ra quyết định về y tế công cộng và lâm sàng bằng cách phát triển các hệ thống thông tin phù hợp với mục đích, tuân thủ các nguyên tắc về đạo đức dữ liệu, đồng thời tạo điều kiện cho trách nhiệm giải trình và tác động (Hộp 10).
- + Cải thiện nghiên cứu cơ bản, ứng dụng và triển khai về SKTT thông qua thiết lập chương trình nghị sự bao trùm và có sự tham gia, phân bổ hoặc huy động nguồn lực và xây dựng năng lực.

Hộp 8. Cung cấp dịch vụ chăm sóc toàn diện ở cấp cộng đồng

Những nỗ lực hiện đang được tiến hành ở Nhật Bản nhằm tăng cường năng lực của các điều dưỡng viên y tế công cộng nhằm cung cấp dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ dựa vào cộng đồng, đồng thời huy động cộng đồng rộng lớn hơn gồm những người hỗ trợ SKTT hoặc *Cocoro* đối với phương pháp tiếp cận lấy con người làm trung tâm để hỗ trợ và chăm sóc SKTT. Áp dụng các bài học từ các sáng kiến nhằm đảm bảo tuổi già khỏe mạnh, Nhật Bản đang hướng tới một mô hình chăm sóc toàn diện dựa vào cộng đồng, có tích hợp các dịch vụ y tế và xã hội. Theo mô hình này, các dịch vụ xã hội như việc làm, nhà ở, giáo dục và phúc lợi xã hội được coi là một phần của cách tiếp cận toàn diện để giải quyết tình trạng đau khổ tâm thần. Sự hợp tác chặt chẽ giữa các lĩnh vực công khác nhau – y tế, giáo dục, phúc lợi xã hội, lao động và tư pháp – và với chính quyền địa phương là chìa khóa để phá vỡ các cản trở, thu hẹp khoảng cách hiện có và mang trọng tâm trở lại với người dân và cộng đồng của họ. Cách tiếp cận này được hình dung sẽ giúp giải quyết các vấn đề phổ biến liên quan đến SKTT ở Nhật Bản - ví dụ: sự kỳ thị đối với các tình trạng SKTT, thiếu khả năng tiếp cận can thiệp sớm, thiếu sự phối hợp giữa các nhà cung cấp dịch vụ, thời gian nằm viện dài ngày và các yếu tố quyết định ban đầu của SKTT. Thúc đẩy sơ cứu SKTT và nâng cao hiểu biết về SKTT là những hành động chính để cho phép chăm sóc bản thân và chăm sóc SKTT không chính thức có khả năng tiếp cận phân khúc dân số rộng nhất.

Hộp 9. Điều dưỡng viên SKTT đi đầu trong việc cung cấp dịch vụ ở những nơi có nguồn lực hạn chế

Tương tự như các LMIC (quốc gia có thu nhập thấp và trung bình) khác, Fiji phải đối mặt với nhiều thách thức có đặc điểm chung để mở rộng quy mô điều trị cho các tình trạng SKTT. Đặc biệt, có những thiếu hụt đáng kể về nguồn lực và phạm vi bao phủ điều trị, chi phí cho SKTT tương đối thấp, việc điều trị tập trung ở các cơ sở tuyến trên được chỉ định, và thiếu nguồn lực và đào tạo đáng kể cho các bên cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe không chuyên. Khu vực địa lý rộng lớn của Fiji và sự xa xôi của phần lớn dân số ở đây khiến việc cung cấp dịch vụ trở nên phức tạp. Thiếu phương tiện đi lại cho số lượng hạn chế nhân viên SKTT càng làm trầm trọng thêm vấn đề. Các ưu tiên để cải thiện việc cung cấp dịch vụ chăm sóc SKTT bao gồm tăng số lượng và năng lực của lực lượng lao động y tế tại các cơ sở.

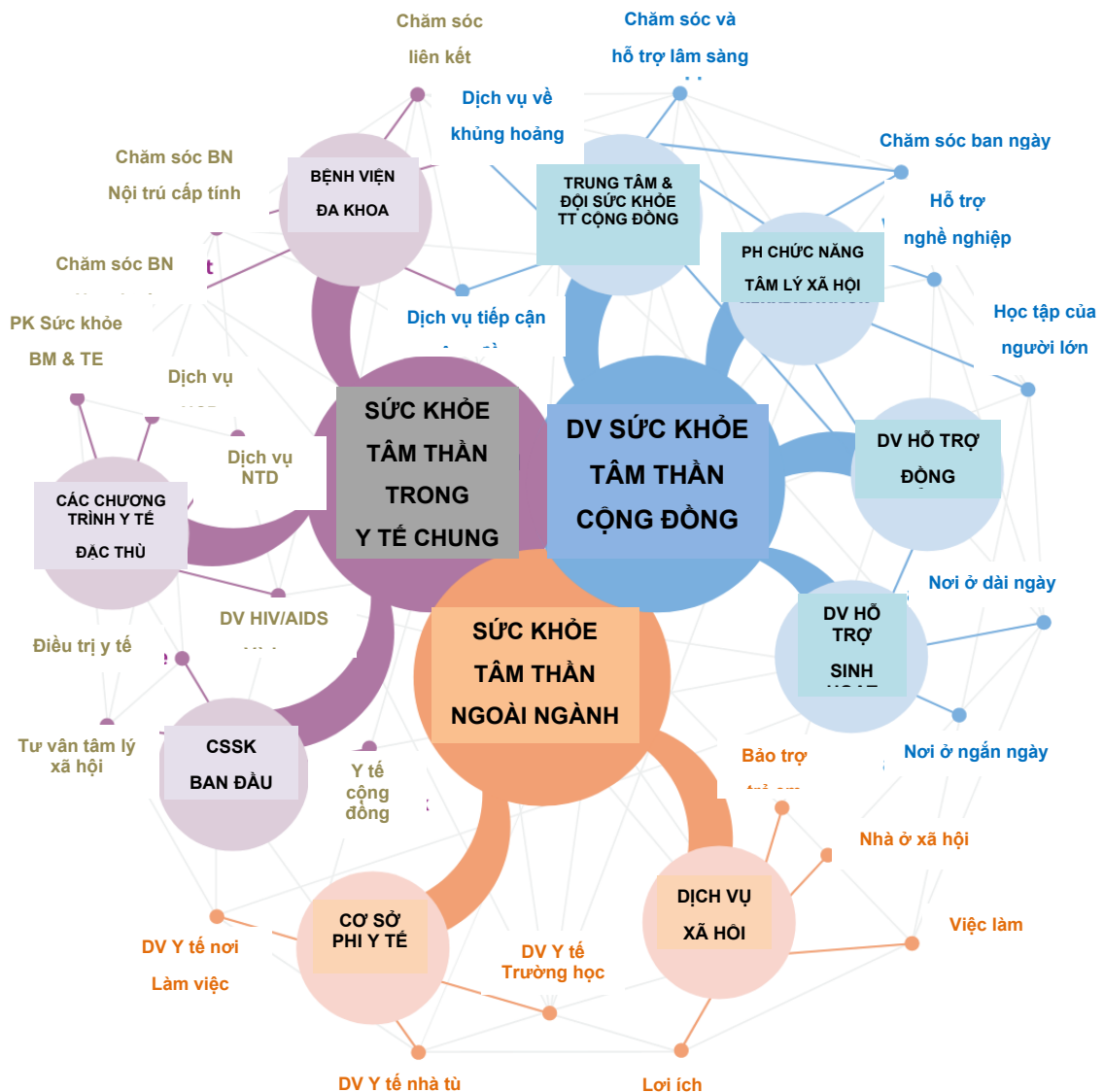
Bộ Y tế và Dịch vụ Khám Chữa bệnh Fiji, với sự hỗ trợ của WHO và các cán bộ quản lý y tế tuyến huyện, đã tìm cách tăng cường các dịch vụ SKTT bằng cách phân tuyến. Hơn 500 người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe không chuyên khoa đã được đào tạo trong Chương trình Hành động về Khoảng trống SKTT của WHO (mhGAP), bao gồm người hành nghề đa khoa và điều dưỡng, để đánh giá và quản lý các tình trạng SKTT ưu tiên trong các cơ sở y tế. Trong trường hợp không có bác sĩ chuyên khoa, các điều dưỡng viên SKTT ở một số huyện đã được đào tạo thành giảng viên mhGAP và – với sự hỗ trợ của các chuyên gia SKTT – họ đào tạo, hỗ trợ và giám sát những người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe không chuyên khoa và quản lý các ca bệnh phối hợp với những người hành nghề đa khoa tại các cơ sở điều trị bằng thuốc và với các điều dưỡng viên để hỗ trợ tâm lý xã hội không dùng thuốc. Các đơn vị quản lý căng thẳng tại ba bệnh viện tỉnh tiếp nhận những người có tình trạng SKTT từ trung bình đến nặng được chuyển tuyến bởi những người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe không chuyên khoa đã được đào tạo.

Hộp 10. Cách tiếp cận dựa trên dữ liệu đối với SKTT cộng đồng

Công nghệ và hệ thống thông tin cung cấp trụ cột cho cách tiếp cận sáng tạo đối với SKTT cộng đồng ở Malaysia. Tại các địa điểm thí điểm trên toàn quốc, dữ liệu thời gian thực hỗ trợ quá trình ra quyết định lâm sàng, thiết kế và giám sát chương trình, phân tích xu hướng và mối liên kết giữa các dịch vụ y tế và xã hội. Các chương trình *Mentari* nhằm kết nối các cộng đồng địa phương với các phòng khám sức khỏe, các tổ chức phi chính phủ và tình nguyện viên để cung cấp dịch vụ khám sàng lọc SKTT, tư vấn, chuyển tuyến, hỗ trợ và cung cấp thông tin cho những người cần được chăm sóc SKTT. Hiện có 35 Mentaris trong cả nước, và con số này đang tăng lên do họ đã thành công trong việc đạt được mục tiêu này. Một ví dụ về dịch vụ rất cần thiết do Mentaris cung cấp là hỗ trợ việc làm cho những người có trải nghiệm sống về bệnh tâm thần. Một đổi mới nảy sinh trong quá trình phát triển chương trình là tạo ra hệ thống công nghệ

thông tin của riêng mình để thu thập dữ liệu theo cách có thể phù hợp với hệ thống của Bộ Y tế.

Hình 1. Chăm sóc SKTT dựa vào cộng đồng



BKLN: bệnh không lây nhiễm; NTD: bệnh nhiệt đới bị lãng quên; TB: bệnh lao.

Nguồn: Báo cáo SKTT thế giới: chuyển đổi SKTT cho tất cả mọi người. Geneva: Tổ chức Y tế Thế giới; 2022.

Khuyến nghị 2: Đưa SKTT vào bối cảnh và hành trình của cuộc sống hàng ngày bằng cách thu hút và trao quyền cho cộng đồng với các công cụ và nền tảng giúp tăng cường các yếu tố bảo vệ và giảm thiểu các yếu tố nguy cơ rủi ro trong suốt cuộc đời, đồng thời bằng cách thúc đẩy các can thiệp xã hội và quan hệ đối tác với các bên cùng có lợi cho SKTT và các lĩnh vực xã hội khác.

- Thể chế hóa và tài trợ cho các chương trình và dịch vụ nâng cao và bảo vệ SKTT trong suốt cuộc đời – bao gồm những chương trình về các can thiệp sớm thời thơ ấu, kỹ năng sống và phát triển thanh thiếu niên, SKTT ở trường học

và nơi làm việc, cải thiện khả năng tiếp cận giáo dục và tín dụng vi mô cho phụ nữ, nhà ở và lao động, phòng ngừa bạo lực, già hóa khỏe mạnh, phát triển cộng đồng và hỗ trợ cho người thiếu số.

- Được hướng dẫn bởi SDGs (các Mục tiêu Phát triển Bền vững), lồng ghép SKTT vào các ưu tiên khác của ngành và thực hiện các sáng kiến có đồng lợi ích cho SKTT và các lĩnh vực xã hội khác – ví dụ, giáo dục, phúc lợi xã hội, luật pháp, lao động, giới, hòa bình, giảm nghèo và phát triển con người. Các ví dụ bao gồm chuyển giao tiền mặt có điều kiện, chương trình nhà ở, chương trình phòng ngừa bạo lực, chiến dịch trả lương công bằng và các chương trình bảo trợ xã hội khác.
- Xây dựng năng lực cộng đồng bằng cách nâng cao kiến thức và hiểu biết về SKTT, khai thác hiểu biết sâu sắc và trí tuệ địa phương để nâng cao SKTT, tạo không gian an toàn để đối thoại và tham gia của nhiều thể loại cộng đồng, đồng thời hình thành quan hệ đối tác để tạo điều kiện thuận lợi cho việc thiết lập ưu tiên, phổ biến đổi mới và huy động nguồn lực (Hộp 11 và 12).
- Thúc đẩy sự gắn kết xã hội và giúp mọi người vượt qua sự cô đơn và cô lập xã hội bằng cách tạo ra các không gian đô thị và môi trường được xây dựng để hỗ trợ SKTT và trạng thái an lạc, đồng thời kích hoạt phong trào Thành phố Lành mạnh vì SKTT.
- Tạo điều kiện triển khai nhanh chóng hỗ trợ tâm lý xã hội trong các trường hợp y tế khẩn cấp và các cuộc khủng hoảng nhân đạo phức tạp bằng cách đầu tư vào các hệ thống, năng lực, trang thiết bị và các tài sản khác trong các lĩnh vực và bối cảnh khác nhau.
- Thành lập các liên minh SKTT cấp quốc gia, đa ngành bao gồm y tế và các lĩnh vực công cộng khác, xã hội dân sự, tổ chức phi chính phủ, tổ chức phát triển, cộng đồng, người tâm huyết và những người có ảnh hưởng khác, và các bên liên quan khác, để cung cấp một nền tảng cho cam kết chính trị cấp cao, tham gia của cộng đồng, huy động xã hội, hành động toàn xã hội và vận động chính sách bền vững.

Hộp 11. Áp dụng kết nối xã hội để giải quyết các yếu tố cấu trúc - xã hội quyết định về SKTT trong cuộc sống sau này

Kết nối xã hội đại diện cho một loại hình can thiệp sáng tạo giải quyết các yếu tố xã hội/cấu trúc quyết định SKTT. Đó là một cách thức để nhân viên y tế kết nối mọi người với một loạt các dịch vụ phi lâm sàng trong cộng đồng nhằm cải thiện sức khỏe và trạng thái hạnh phúc. Nó có thể giúp giải quyết các nguyên nhân cơ bản của các vấn đề sức khỏe và trạng thái an lạc của người bệnh, thay vì chỉ điều trị các triệu chứng. Nó có thể có nhiều hình thức khác nhau, nhưng tất cả đều liên quan đến việc kết nối người bệnh với các nguồn lực trong cộng đồng của họ dựa trên nhu cầu cá nhân, thường dựa vào nhân viên liên kết làm trung gian.

Văn phòng khu vực Tây Thái Bình Dương của WHO đã triển khai nhiều sáng kiến khác nhau về kết nối xã hội để giải quyết sự cô đơn trong cuộc sống sau

này – một mối lo ngại quan trọng về SKTT. * Chẳng hạn, Đơn vị Già hóa Khỏe mạnh của WHO và Viện SKTT Đại học Bắc Kinh đã thí điểm một kế hoạch kết nối xã hội ở thành phố Thượng Nhiêu vào năm 2021. Dự án này nhằm mục đích thử nghiệm một biện pháp can thiệp có thể hỗ trợ những người lớn tuổi trải qua sự cô đơn, lo lắng và trầm cảm bằng cách kết nối họ với nguồn lực cộng đồng phù hợp. Dự án dựa vào các nhân viên chăm sóc SKTT trong cộng đồng để tổ chức các hoạt động kết nối xã hội với người lớn tuổi.

Nhìn chung, kết nối xã hội đề xuất một cách tiếp cận tích hợp cho cả SKTT và già hóa. Nó phù hợp với cách tiếp cận ngay từ đầu và dựa vào cộng đồng được ủng hộ bởi tầm nhìn có trong tài liệu *Vì Tương lai: Hướng tới Khu vực lành mạnh và an toàn nhất và Khuôn khổ mới cho Tương lai của SKTT ở Khu vực Tây Thái Bình Dương 2023–2030*. Nó nhấn mạnh vai trò quan trọng của cộng đồng trong việc hỗ trợ trạng thái an lạc hạnh phúc.

* Tờ Tóm tắt tuyên truyền vận động: sự cô lập xã hội và sự cô đơn ở những người lớn tuổi. Geneva: Tổ chức Y tế Thế giới; 2021.

Hộp 12. Ngăn chặn tự tử trong khuôn khổ “LifeSpan”

Là một trong những tổ chức nghiên cứu SKTT hàng đầu trên thế giới, Viện Black Dog của Úc đã phát triển một khuôn khổ tích hợp – LifeSpan – để giúp các cộng đồng phát triển các sáng kiến ngăn ngừa tự tử dựa trên bằng chứng, có mục tiêu và đáp ứng ở cấp địa phương. Phương pháp LifeSpan áp dụng cách tiếp cận hệ thống, toàn diện để ngăn ngừa tự tử; nó bao gồm việc thực hiện đồng thời chín chiến lược dựa trên bằng chứng có thể thích ứng với bối cảnh địa phương và nhu cầu của các nhóm quần thể ưu tiên.

Thay vì áp dụng chiến lược “một kích cỡ phù hợp với tất cả”, phương pháp LifeSpan nhận ra bản chất phức tạp và đa yếu tố của tự tử và tầm quan trọng của việc giải quyết các yếu tố xã hội quyết định khác nhau của nó, vốn khác nhau giữa người này với người khác và giữa cộng đồng này với cộng đồng khác. Cách tiếp cận này cung cấp một khuôn khổ điều phối trải dài từ các can thiệp y tế công cộng đến phòng ngừa và chăm sóc sau điều trị, đồng thời có sự tham gia của nhiều bên liên quan khác nhau như trường học, nơi làm việc, tổ chức cộng đồng, khoa cấp cứu và cảnh sát, tất cả đều đóng vai trò tăng cường các yếu tố bảo vệ và giảm thiểu yếu tố nguy cơ tự tử. Cho phép và tạo điều kiện thành lập các liên minh khu vực và quan hệ đối tác liên ngành là rất quan trọng để tích cực thu hút các bên liên quan trong cộng đồng.

Thu hút sự tham gia của những người có trải nghiệm sống theo những cách chân thực và toàn diện đã được chứng minh là vô giá trong việc hình thành các biện pháp can thiệp phù hợp cho các nhóm dân số ưu tiên đặc thù. Tương tự như vậy, việc lập kế hoạch thực hiện hiệu quả cần bao gồm việc xác định các rào cản và người hỗ trợ trong cộng đồng địa phương có tính đến các bối cảnh lịch sử, văn hóa, kinh tế và xã hội cụ thể.

PHẦN 2. NỘI DUNG ĐỀ ÁN

I. QUAN ĐIỂM

1. Bảo vệ, nâng cao sức khỏe tâm thần là vấn đề quan trọng, cần phải có sự phối hợp liên ngành của các Bộ, ngành, các cấp ủy Đảng, chính quyền, Mặt trận Tổ quốc, các đoàn thể nhân dân và các tổ chức xã hội – nghề nghiệp; là trách nhiệm của mỗi người dân, mỗi gia đình và mỗi cộng đồng, trong đó ngành y tế giữ vai trò nòng cốt.

2. Bảo đảm tính tiếp cận, khả năng chi trả và bao phủ y tế toàn dân trong chăm sóc sức khỏe tâm thần cho mọi người, trong suốt cuộc đời, trong đó chú trọng đến trẻ em, vị thành niên, phụ nữ, người cao tuổi, và các nhóm yếu thế khác.

3. Bảo vệ sức khỏe tâm thần phải dựa trên nguyên tắc bảo đảm quyền con người, loại bỏ kỳ thị và phân biệt đối xử với người có rối loạn tâm thần, có sự tham gia của người có rối loạn tâm thần và gia đình trong quá trình xây dựng, thực hiện và đánh giá chính sách, luật pháp và kế hoạch về sức khỏe tâm thần.

4. Củng cố hệ thống cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, tăng cường vai trò của y tế tư nhân trong đó đảm bảo nhân lực, năng lực kỹ thuật, trang thiết bị, thuốc thiết yếu; đảm bảo tính toàn diện, kết hợp các dịch vụ điều trị bằng thuốc, tâm lý trị liệu, phục hồi chức năng tâm thần và các phương pháp trị liệu khác; lồng ghép dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần trong các cơ sở không chuyên khoa tâm thần, y tế cơ sở và tại cộng đồng; phát triển dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần chuyên sâu trong các cơ sở chuyên khoa tâm thần.

5. Ưu tiên nguồn lực cho bảo vệ, nâng cao sức khỏe tâm thần, phòng, chống các rối loạn tâm thần, trong đó ngân sách nhà nước giữ vai trò chủ đạo, có cơ chế phù hợp thu hút các nguồn lực của tổ chức, doanh nghiệp, cá nhân, nguồn lực quốc tế. Các nguồn lực sẽ tập trung vào nâng cao nhận thức, thay đổi hành vi, xây dựng luật pháp và chính sách, hướng dẫn chuyên môn, đào tạo, phát triển nguồn nhân lực về sức khỏe tâm thần, củng cố hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần.

II. MỤC TIÊU CHUNG

Nâng cao sức khỏe tâm thần, dự phòng các rối loạn tâm thần, đảm bảo cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần toàn diện, liên tục, hiệu quả và công bằng, bảo vệ quyền con người, thúc đẩy sự hồi phục, giảm bệnh tật, khuyết tật và tử vong cho người có rối loạn tâm thần, góp phần bảo đảm an sinh xã hội và phát triển kinh tế xã hội.

III. MỤC TIÊU VÀ CHỈ TIÊU CỤ THỂ

1. Mục tiêu 1: Tăng cường lãnh đạo, điều hành, phối hợp liên ngành của các Bộ, ngành, chính quyền các cấp và huy động xã hội trong chăm sóc sức khỏe tâm thần

a) Thiết lập và tiếp tục duy cơ chế điều phối hợp tác liên ngành trong chăm sóc sức khỏe tâm thần được thiết lập tại trung ương và địa phương từ năm 2025³⁷;

b) Tỷ lệ các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương (sau đây viết tắt là tỉnh) có kế hoạch nâng cao sức khỏe tâm thần, phòng, chống các rối loạn tâm thần được Ủy ban nhân dân tỉnh thành phố phê duyệt và triển khai thực hiện đạt 100% từ năm 2025, trong đó có kế hoạch kinh phí triển khai³⁸;

2. Mục tiêu 2: Nâng cao sức khỏe tâm thần và dự phòng các rối loạn tâm thần

a) Tỷ lệ các trường học từ giáo dục mầm non đến đại học triển khai hoặc phối hợp tổ chức các hoạt động giáo dục, tư vấn tâm lý học đường nâng cao sức khỏe tâm thần, dự phòng, phát hiện sớm người có nguy cơ, người có vấn đề về tâm thần đạt 50% vào năm 2030³⁹;

b) Tỷ lệ người dân hiểu biết về sức khỏe tâm thần đạt 70% vào năm 2030⁴⁰;

c) Tỷ lệ người thuộc có nguy cơ được định kỳ sàng lọc, phát hiện sớm rối loạn tâm thần đạt ít nhất 40% vào năm 2025 và 60% vào năm 2030⁴¹.

d) Tỷ lệ trẻ em, thanh thiếu niên và vị thành niên có nguy cơ hoặc có vấn đề về sức khỏe tâm thần được can thiệp sớm thông qua các biện pháp tư vấn tâm lý, can thiệp tâm lý xã hội và các can thiệp không dùng thuốc khác dựa vào cộng đồng đạt ít nhất 50% vào năm 2030⁴².

đ) Tỷ lệ tự tử giảm 1/3 vào năm 2030 so với năm 2024.

3. Mục tiêu 3: Củng cố năng lực và tính hiệu quả của nguồn nhân lực sức khỏe tâm thần về dự phòng, giám sát, phát hiện, điều trị, quản lý, phục hồi chức năng và trợ giúp xã hội đối với người có rối loạn tâm thần.

a) Tỷ lệ các bệnh viện chuyên khoa tâm thần, bệnh viện đa khoa tỉnh, thành phố có khoa Sức khỏe tâm thần có ít nhất 01 nhân viên tâm lý lâm sàng 01 nhân

³⁷ Hiện tại chưa có cơ chế hợp tác liên ngành. Theo WHO: có tới 50% rối loạn tâm thần ở người lớn bắt đầu trước 14 tuổi.

³⁸ Để triển khai Đề án được phê duyệt, các địa phương cần xây dựng và triển khai kế hoạch, trong đó bố trí kinh phí triển khai.

³⁹ Vụ Giáo dục thể chất – Bộ Giáo dục và đào tạo (bổ sung).

⁴⁰ Một nghiên cứu cho thấy nhận thức về sức khỏe tâm thần ở thanh thiếu niên rất thấp, nhận thức với vấn đề trầm cảm là 29,04% và tâm thần phân liệt/rối loạn tâm thần là 1,31% <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5479084/>

⁴¹ Quyết định số 155/QĐ-TTg ngày 29/01/2022 của TTCP phê duyệt kế hoạch quốc gia phòng, chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn sức khỏe tâm thần giai đoạn 2022-2025: Mục tiêu: Ít nhất 40% người thuộc đối tượng sàng lọc được định kỳ sàng lọc một số rối loạn sức khỏe tâm thần theo hướng dẫn sàng lọc từng bệnh; phát hiện được ít nhất 70% người mắc tâm thần phân liệt và động kinh, 50% người mắc trầm cảm, 30% người bị sa sút trí tuệ và một số rối loạn tâm thần khác; quản lý điều trị ít nhất 80% người bệnh tâm thần phân liệt, 70% người bệnh động kinh và 50% người bệnh trầm cảm đã được phát hiện.

⁴² Theo WHO: có tới 50% rối loạn tâm thần ở người lớn bắt đầu trước 14 tuổi.

viên hoạt động liệu pháp và 01 nhân viên công tác xã hội đạt 100% vào năm 2030⁴³;

b) Tỷ lệ Trung tâm y tế quận/huyện hoặc bệnh viện quận/huyện có ít nhất 1 bác sĩ chuyên khoa tâm thần hoặc bác sĩ được đào tạo, tập huấn về tâm thần và tâm lý lâm sàng, 01 điều dưỡng được đào tạo về tâm thần và tâm lý lâm sàng và 01 nhân viên công tác xã hội đạt 50% vào năm 2025 và 80% vào năm 2030⁴⁴;

c) Tỷ lệ trạm y tế xã, phường, thị trấn có bác sĩ hoặc y sĩ và điều dưỡng được đào tạo, tập huấn về tâm thần và tâm lý lâm sàng 40% vào năm 2025 và 70% vào năm 2030⁴⁵;

d) Tỷ lệ nhân viên y tế thôn bản ấp, buôn nhân viên công tác xã hội, nhân viên y tế trường học, được tập huấn về dự phòng, nâng cao sức khỏe, phát hiện sớm rối loạn tâm thần, sơ cứu tâm lý và hỗ trợ người bệnh tự quản lý đạt 80% vào năm 2030⁴⁶;

đ) Tỷ lệ nhân viên y tế của các cơ sở điều dưỡng – phục hồi chức năng cho người bệnh tâm thần, trung tâm bảo trợ xã hội cho người bệnh tâm thần được tập huấn cơ bản về tâm thần và tâm lý lâm sàng đạt tỷ lệ ít nhất 80% vào năm 2030⁴⁷.

e) Tỷ lệ người có rối loạn tâm thần nặng điều trị tại các bệnh viện chuyên khoa tâm thần tăng so với năm 2024 ít nhất là 20% vào năm 2025 và 30% vào năm 2030.

4. Mục tiêu 4: Củng cố hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần để cung cấp dịch vụ y tế và xã hội toàn diện, lồng ghép, liên tục và dựa vào cộng đồng.

a) Số giường bệnh tâm thần (trong đó có giường bệnh cho trẻ em, vị thành niên và người cao tuổi) đạt ít nhất là 12/100 000 dân vào năm 2030⁴⁸;

b) Tỷ lệ Bệnh viện đa khoa trực thuộc Bộ Y tế, Bộ, Ngành và bệnh viện đa khoa tỉnh, thành phố có khoa Sức khỏe tâm thần đạt ít nhất 40% vào năm 2025⁴⁹, 60% vào năm 2030 và có phòng khám sức khỏe tâm thần đạt 100% vào năm 2025.

c) Tỷ lệ bệnh viện chuyên khoa Nhi, Sản-Nhi, Lão khoa có khoa Sức khỏe tâm thần đạt 30% vào năm 2025 và 70% vào năm 2030 và có phòng khám sức khỏe tâm thần đạt 100% vào năm 2025⁵⁰. Tỷ lệ bệnh viện chuyên khoa sản, ung bướu, nội tiết có phòng khám sức khỏe tâm thần đạt 50% vào năm 2025 và 80% vào năm 2030;

⁴³ Chỉ tiêu đưa ra: để đảm bảo thực hiện nhiệm vụ chuyên môn.

⁴⁴ Chỉ tiêu đưa ra: để đảm bảo thực hiện nhiệm vụ chuyên môn.

⁴⁵ Chỉ tiêu đưa ra: để đảm bảo thực hiện nhiệm vụ chuyên môn.

⁴⁶ Chỉ tiêu đưa ra: để đảm bảo thực hiện nhiệm vụ chuyên môn.

⁴⁷ Chỉ tiêu đưa ra: để đảm bảo thực hiện nhiệm vụ chuyên môn.

⁴⁸ Theo kết quả khảo sát năm 2022 của Bộ Y tế, cho thấy, tổng số giường bệnh tâm thần trong cả nước năm 2022, theo kế hoạch là 9.406 giường kế hoạch đạt tỷ lệ là 9,44/100.000 dân, theo thực kê là 11.420 đạt tỷ lệ 11,46/100.000 dân; tỷ lệ GB tâm thần trẻ em theo kế hoạch là 5,3% và theo thực kê là 4,4%.

⁴⁹ Hiện tại có 32% BV đa khoa tỉnh, thành, có Khoa Tâm thần.

⁵⁰ Có 01 BV chuyên khoa nhi có khoa tâm thần.

d) Tỷ lệ bệnh viện đa khoa quận, huyện hoặc trung tâm y tế quận, huyện tổ chức phòng khám chuyên khoa tâm thần đạt ít nhất 40 % vào 2025 và 80 % vào 2030, bố trí giường nội trú tâm thần đạt ít nhất 40% vào năm 2025 và 80% vào năm 2030⁵¹;

đ) Tỷ lệ trạm y tế xã, phường, thị trấn và tương đương (sau đây gọi chung là trạm y tế xã) thực hiện hoạt động dự phòng, nâng cao sức khỏe, sơ cứu tâm lý, phát hiện, điều trị, quản lý tâm thần phân liệt, động kinh, rối loạn trầm cảm đạt ít nhất 50% vào năm 2025 và 80% vào năm 2030⁵³;

5. Mục tiêu 5: Củng cố hệ thống thông tin, bằng chứng và nghiên cứu và hợp tác về sức khỏe tâm thần.

a) Thiết lập hệ thống quốc gia giám sát, theo dõi và đánh giá về sức khỏe tâm thần vào năm 2030⁵⁴;

b) Thực hiện nghiên cứu dịch tễ học định kỳ, nghiên cứu lâm sàng, mô hình can thiệp và ứng dụng các tiến bộ khoa học vào lĩnh vực sức khỏe tâm thần⁵⁵;

c) Tăng cường hợp tác quốc tế và trong nước về sức khỏe tâm thần.

IV. PHẠM VI THỰC HIỆN

1. Đề án được triển khai thực hiện trong phạm vi cả nước.

2. Thời gian thực hiện Đề án từ năm 2024 – 2030.

V. NHIỆM VỤ VÀ GIẢI PHÁP THỰC HIỆN

1. Về chính sách, luật pháp

a) Nghiên cứu, đề xuất xây dựng Luật về sức khỏe tâm thần trước năm 2030;

b) Nghiên cứu, rà soát, sửa đổi, bổ sung và ban hành mới các chính sách, pháp luật về sức khỏe tâm thần;

c) Xây dựng và ban hành chính sách thu hút nguồn nhân lực về sức khỏe tâm thần vào năm 2025 và tiếp tục triển khai;

⁵¹ Báo cáo kết quả khảo sát 2022: Tỷ lệ bệnh viện đa khoa quận, huyện hoặc trung tâm y tế quận, huyện tổ chức khám bệnh, chữa bệnh tâm thần theo hình thức nội trú: 9,1%

⁵² Quyết định số 155/QĐ-TTg ngày 29/01/2022 của TTCP phê duyệt kế hoạch quốc gia phòng, chống bệnh không lây nhiễm và rối loạn sức khỏe tâm thần giai đoạn 2022-2025: Mục tiêu: 100% số huyện có cơ sở y tế thực hiện quản lý cấp thuốc điều trị cho người bệnh tâm thần phân liệt và động kinh; 60% số huyện có cơ sở y tế thực hiện chẩn đoán, điều trị, quản lý cấp thuốc cho người bệnh trầm cảm và 50% số huyện có cơ sở y tế thực hiện quản lý cấp thuốc điều trị cho người mắc một số rối loạn sức khỏe tâm thần khác.

⁵³ Quyết định số 155/QĐ-TTg ngày 29/01/2022 của TTCP: Mục tiêu 100% số Trạm Y tế xã thực hiện quản lý cấp thuốc điều trị cho người bệnh tâm thần phân liệt và động kinh; 50% số Trạm Y tế xã quản lý cấp thuốc điều trị cho người bệnh trầm cảm.

⁵⁴ Hiện tại chưa có hệ thống thường quy

⁵⁵ Chỉ có 1 kết quả khảo sát dịch tễ học rối loạn tâm thần vào năm 2002.

d) Xây dựng và ban hành chức danh nghề nghiệp cho nhân viên tâm lý lâm sàng vào năm 2023;

đ) Nghiên cứu xây dựng chính sách bổ sung phạm vi hành nghề cho bác sỹ không chuyên khoa về sức khỏe tâm thần thực hiện phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị, quản lý một số rối loạn tâm thần thường gặp vào năm 2025; xây dựng phạm vi hành nghề của nhà tâm lý lâm sàng vào năm 2024.

2. Về lãnh đạo, điều hành, hợp tác liên ngành và huy động xã hội

a) Xây dựng các chương trình, kế hoạch hành động để triển khai Đề án ở trung ương và địa phương trong đó có kế hoạch tài chính để thực hiện Đề án. Chú trọng việc lồng ghép, phối hợp với các chương trình, kế hoạch liên quan. Thiết lập các thỏa thuận, cơ chế hợp tác để hỗ trợ hiệu quả hợp tác giữa các cơ quan nhà nước các cấp và các tổ chức chính trị, xã hội và các đơn vị, doanh nghiệp trên địa bàn về bảo vệ, nâng cao sức khỏe tâm thần, phòng chống các rối loạn tâm thần. Đảm bảo đề cập đến vấn đề sức khỏe tâm thần trong các kế hoạch ứng phó thiên tai, thảm họa;

b) Nguồn lực tài chính và huy động xã hội

- Huy động các nguồn lực cho sức khỏe tâm thần từ các nguồn của trung ương, địa phương, các cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp trong, ngoài nước và cá nhân để bảo đảm nguồn lực cho việc thực hiện đạt được các mục tiêu, nhiệm vụ của Đề án, trong đó xác định nguồn đầu tư từ ngân sách nhà nước là chính. Đẩy mạnh việc thực hiện chính sách khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho người có rối loạn tâm thần.

- Vận động các tổ chức tôn giáo, các tổ chức chính trị - xã hội, tổ chức phi chính phủ, các doanh nghiệp, các hiệp hội nghề nghiệp, cộng đồng, gia đình, người bệnh... tham gia công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần trong đó chú trọng việc vận động tham gia các hoạt động: xây dựng chính sách, kế hoạch, triển khai, giám sát, đánh giá việc tổ chức thực hiện; đào tạo nghề, tìm việc làm, tạo việc làm và phát triển các mô hình lao động, sản xuất kinh doanh mang tính bền vững cho người bệnh tâm thần; bảo đảm cung cấp có hiệu quả các dịch vụ an sinh xã hội cho người rối loạn tâm thần.

3. Về thông tin, giáo dục và truyền thông

a) Xây dựng, cập nhật tài liệu, thông điệp truyền thông về sức khỏe tâm thần bảo đảm phù hợp với các nhóm khác nhau như các nhà hoạch định chính sách, nhân viên y tế, giáo viên, trẻ em, thanh thiếu niên, phụ nữ, học sinh, sinh viên, gia đình, người bệnh; tổ chức cung cấp, phổ biến tài liệu truyền thông, đa dạng hình thức truyền thông cho mạng lưới truyền thông các cấp, các địa phương để hiệu chỉnh, sử dụng phù hợp với ngôn ngữ, đặc điểm văn hóa, điều kiện vùng, miền;

b) Nâng cao năng lực cho mạng lưới sẵn có làm công tác truyền thông về sức khỏe tâm thần: tổ chức biên soạn chương trình, tài liệu đào tạo tập huấn về kỹ năng và phương pháp truyền thông về sức khỏe tâm thần; tập huấn, tập huấn lại

để nâng cao năng lực truyền thông cho người thực hiện công tác truyền thông về sức khỏe tâm thần trong các lĩnh vực liên quan và cho người tham gia công tác truyền thông chăm sóc sức khỏe tâm thần tại tuyến cơ sở và tại cộng đồng, trong đó trú trọng đưa tin có trách nhiệm trên các phương tiện truyền thông, bảo vệ những người có nguy cơ tự tử cao;

c) Đặt hàng sản xuất tin, bài, chương trình phát thanh, truyền hình, thông tin tuyên truyền về sức khỏe tâm thần để đăng tải trên các loại hình báo chí. Đa dạng các hình thức truyền thông và tăng cường sử dụng các phương thức truyền thông mới, mạng xã hội để truyền thông, giáo dục về sức khỏe tâm thần bảo đảm phù hợp với mọi đối tượng xã hội.

d) Triển khai các hoạt động truyền thông phù hợp, hiệu quả về sức khỏe tâm thần như tổ chức các chương trình, chiến dịch truyền thông; thực hiện truyền thông trên đài phát thanh, truyền hình, báo in, báo điện tử ở trung ương và tại các địa phương; phát các chương trình, thông điệp, bài truyền thông qua hệ thống loa truyền thanh của các xã, phường, bảo đảm phù hợp với mỗi địa phương, vùng miền; xây dựng các chuyên mục, tin, bài, phim ngắn, video clip, mở các diễn đàn và phát triển các hình thức truyền thông phù hợp cho các nhóm đối tượng khác nhau; xây dựng, in, cấp phát áp phích, tờ rơi và các ấn phẩm truyền thông đến các cơ quan, tổ chức, hộ gia đình và người dân; truyền thông qua pa nô, bảng tin, bảng/màn hình điện tử đặt tại các địa điểm công cộng; tổ chức các hội nghị, tập huấn phổ biến chính sách pháp luật về sức khỏe tâm thần trong các lĩnh vực cho các cơ quan, tổ chức và người liên quan; hội nghị bồi dưỡng kiến thức, cập nhật, cung cấp thông tin cho phóng viên, biên tập viên các cơ quan truyền thông, báo chí.

đ) Xây dựng và triển khai các hoạt động nâng cao sức khỏe tâm thần lồng ghép trong các chương trình nâng cao sức khỏe dựa vào trường học, nơi làm việc và dựa vào cộng đồng. Thúc đẩy công tác truyền thông, giáo dục về sức khỏe tâm thần cho học sinh. Tăng cường giáo dục kỹ năng sống và tư vấn tâm lý thông qua các chương trình, hoạt động giáo dục phù hợp với trẻ em, học sinh, sinh viên trong các cơ sở giáo dục.

4. Về phát triển nguồn nhân lực

a) Xây dựng, thực hiện chính sách để đảm bảo và ưu ưu đãi nguồn nhân lực về sức khỏe tâm thần, gồm bác sỹ chuyên khoa, không chuyên khoa về sức khỏe tâm thần, nhân viên tâm lý lâm sàng, điều dưỡng, nhân viên công tác xã hội và các nhân viên khác làm việc trong y tế, lao động thương binh và xã hội công an.

b) Rà soát, sắp xếp và đào tạo nhân lực theo yêu cầu trong chăm sóc sức khỏe tâm thần ở tất cả các tuyến nhằm đảm bảo cung cấp các dịch vụ y tế và chăm sóc xã hội toàn diện, có chất lượng, hiệu quả;

c) Rà soát, cập nhật, xây dựng chương trình đào tạo, giáo trình đào tạo ở các bậc trình độ đào tạo cao đẳng, đại học và sau đại học, bao gồm cả các chương trình đào tạo, tài liệu đào tạo về cập nhật y khoa liên tục chuyên khoa tâm thần và tâm lý lâm sàng. Đồng thời, rà soát, cập nhật, xây dựng chương trình, tài liệu đào

tạo liên tục về tâm thần và tâm lý lâm sàng cho nhân viên trị liệu, điều dưỡng, nhân viên y tế thôn bản, nhân viên y tế trường học, nhân viên công tác xã hội tham gia chăm sóc, điều trị, quản lý người bệnh tâm thần. Cùng cố, phát triển, hoàn thiện bộ môn tâm thần trong các Trường đào tạo khối ngành sức khỏe để đào tạo về chuyên khoa tâm thần và tâm lý lâm sàng vào năm 2030;

d) Xây dựng hướng dẫn chuyên môn, quy trình kỹ thuật về tâm thần;

đ) Đào tạo, tập huấn nhằm cập nhật kiến thức và kỹ năng về nâng cao sức khỏe tâm thần, phòng chống các rối loạn tâm thần, trong đó ưu tiên đào tạo cho cán bộ y tế bệnh viện, trung tâm y tế quận, huyện, trạm y tế xã, y tế cơ quan, trường học, công an và nhân viên y tế thôn bản, người chăm sóc.

e) Xây dựng quy định cấp giấy phép hành nghề cho bác sỹ với phạm vi hoạt động khám, chữa bệnh tâm thần để đảm bảo nguồn lực cho khám chữa bệnh tâm thần.

5. Cùng cố và phát triển hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần

a) Hệ thống y tế:

- Cùng cố các trạm y tế xã, phường, thị trấn và tương đương để thực hiện các nhiệm vụ: Dự phòng, nâng cao sức khỏe, sàng lọc, phát hiện sớm, khám, chẩn đoán, sơ cứu tâm lý, điều trị, quản lý, phục hồi chức năng cho người rối loạn tâm thần, ít nhất là tâm thần phân liệt, động kinh, rối loạn trầm cảm; điều phối và lồng ghép các nhiệm vụ này trong kiểm tra sức khỏe định kỳ, khám, chữa bệnh, quản lý bệnh mạn tính và quản lý sức khỏe tại các trường học, cơ quan, xí nghiệp và nơi làm việc khác.

- Cùng cố các Trung tâm y tế quận/huyện hoặc bệnh viện quận/huyện, trong đó bố trí giường điều trị nội trú, phòng khám sức khỏe tâm thần để thực hiện nhiệm vụ cấp cứu, khám, chẩn đoán, sơ cứu tâm lý, điều trị, quản lý, phục hồi chức năng cho người rối loạn tâm thần theo hình thức nội trú, ban ngày và ngoại trú.

- Cùng cố các Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh, thành phố để thực hiện các nhiệm vụ dự phòng, nâng cao sức khỏe tâm thần và tham gia giám sát chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng.

- Thành lập mới và củng cố khoa Sức khỏe tâm thần và phòng khám sức khỏe tâm thần trong các bệnh viện đa khoa và bệnh viện chuyên khoa, đặc biệt là chuyên khoa nhi, sản-nhi, lão khoa... của các Bộ, ngành và các tỉnh, thành phố.

- Cùng cố, đầu tư, phát triển bệnh viện, viện chuyên khoa sức khỏe tâm thần trực thuộc Bộ Y tế và các tỉnh, thành phố để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần toàn diện, chuyên sâu và hỗ trợ chuyên môn kỹ thuật cho các cơ sở chăm sóc sức khỏe tâm thần.

- Tăng cường vai trò của y tế tư nhân trong chăm sóc sức khỏe tâm thần.

b) Hệ thống cơ sở trợ giúp xã hội:

- Củng cố hệ thống cơ sở trợ giúp xã hội tại các tuyến để đảm bảo cung cấp các dịch vụ chăm sóc xã hội, sơ cứu tâm lý cho người có rối loạn tâm thần dựa vào cộng đồng. Chú trọng các hoạt động học tập, đào tạo nghề, gắn với giải quyết việc làm, sinh kế và bảo đảm an sinh xã hội cho người có rối loạn tâm thần có hoàn cảnh khó khăn.

- Tại các tỉnh: Củng cố các cơ sở trợ giúp xã hội, trung tâm công tác xã hội các tỉnh, thành phố để cung cấp dịch vụ chăm sóc, trợ giúp xã hội, sơ cứu tâm lý phục hồi chức năng cho người có rối loạn tâm thần.

- Tại các huyện: Củng cố năng lực cho cán bộ, nhân viên phòng lao động thương binh xã hội cấp huyện để cung cấp dịch vụ trợ giúp xã hội, sơ cứu tâm lý phục hồi chức năng cho người có rối loạn tâm thần.

- Tại các xã: củng cố năng lực cán bộ, công tác viên công tác xã hội tuyến xã tham gia vào việc cung cấp dịch vụ trợ giúp xã hội, sơ cứu tâm lý cho người có rối loạn tâm thần tại cộng đồng.

- Phối hợp với hệ thống y tế trong việc tiếp nhận và chuyển tuyến người có rối loạn tâm thần và trong chăm sóc người bệnh tâm thần tại cộng đồng.

c) Rà soát, cập nhật và xây dựng các hướng dẫn chuyên môn kỹ thuật về dự phòng, nâng cao sức khỏe tâm thần, sàng lọc, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị, quản lý, phục hồi chức năng cho người rối loạn tâm thần; các hướng dẫn lồng ghép các hoạt động này trong các chương trình chăm sóc sức khỏe các đối tượng có nguy cơ cao về sức khỏe tâm thần như người bệnh không lây nhiễm, lao, HIV/AIDS và các bệnh thực thể khác; trẻ em, trẻ vị thành niên, phụ nữ trước và sau sinh, người cao tuổi;

d) Đảm bảo tính sẵn có cơ sở vật chất, trang thiết bị, vật tư và thuốc thiết yếu phù hợp với chức năng và nhiệm vụ của các cơ sở y tế, xã hội, tại các tuyến để thực hiện các nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần. Đảm bảo thực hiện chính sách khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho người rối loạn tâm thần, các vấn đề liên quan đến sức khỏe tâm thần có thể bảo hiểm y tế;

đ) Xây dựng hướng dẫn và triển khai phát hiện sớm và quản lý sớm các vấn đề sức khỏe tâm thần, nghiện chất, các hành vi tự tử;

e) Xây dựng quy chế phối hợp y tế và xã hội và các bên liên quan trong quản lý, điều trị rối loạn tâm thần;

g) Xây dựng, triển khai chương trình, kế hoạch và cung cấp dịch vụ về chăm sóc sức khỏe tâm thần lồng ghép trong các chương trình, kế hoạch phòng, chống thiên tai, thảm họa, các trường hợp khẩn cấp như xung đột, bạo lực, hành vi có nguy cơ nguy hại đến con người, cộng đồng và xã hội.

h) Kiện toàn cơ quan, đơn vị tham mưu về sức khỏe tâm thần tại Bộ Y tế và địa phương.

6. Nghiên cứu, theo dõi, giám sát và tăng cường hợp tác

- a) Xây dựng hệ thống giám sát, theo dõi và đánh giá quốc gia về sức khỏe tâm thần;
- b) Phát triển cơ sở dữ liệu quốc gia về các rối loạn tâm thần;
- c) Tiến hành nghiên cứu về thực trạng sức khỏe tâm thần vào năm 2024;
- d) Ứng dụng công nghệ thông tin trong dự phòng, nâng cao sức khỏe tâm thần, phát hiện, quản lý, điều trị rối loạn tâm thần;
- đ) Tăng cường nghiên cứu khoa học và ứng dụng công nghệ trong nâng cao sức khỏe tâm thần; phát hiện sớm, phòng, chống rối loạn tâm thần.
- e) Tăng cường hợp tác với Tổ chức Y tế thế giới (WHO), Liên đoàn Sức khỏe tâm thần thế giới, Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc (UNICEF), Ngân hàng Thế giới (World Bank) và các cơ quan, tổ chức trong nước và quốc tế khác để hỗ trợ, thúc đẩy triển khai thực hiện Đề án; lồng ghép các dự án hợp tác quốc tế với hoạt động của Đề án nhằm thực hiện được các mục tiêu, chỉ tiêu.

VI. KINH PHÍ THỰC HIỆN

1. Kinh phí thực hiện Đề án được bố trí từ nguồn ngân sách nhà nước hàng năm của bộ, ngành, địa phương theo phân cấp ngân sách hiện hành và các nguồn huy động tài trợ, viện trợ và vận động xã hội, cộng đồng và các nguồn hợp pháp khác.
2. Căn cứ nhiệm vụ được giao tại Đề án này, các bộ, cơ quan trung ương, địa phương chủ động lập dự toán chi hàng năm, trình cơ quan có thẩm quyền phê duyệt.

VII. TỔ CHỨC THỰC HIỆN

1. Bộ Y tế có trách nhiệm:

- a) Chủ trì, phối hợp với các Bộ, Ngành liên quan và Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương và các cơ quan, tổ chức liên quan tổ chức thực hiện các nhiệm vụ của Đề án;
- b) Chủ trì, phối hợp với các Bộ, Ngành liên quan nghiên cứu, rà soát, sửa đổi, bổ sung và ban hành mới hoặc trình cấp có thẩm quyền ban hành các chính sách, pháp luật liên quan thuộc thẩm quyền quản lý và xây dựng cơ chế hợp tác liên ngành trong chăm sóc sức khỏe tâm thần;
- c) Chủ trì xây dựng các văn bản hướng dẫn chuyên môn, quy trình kỹ thuật; củng cố hệ thống y tế và nghiên cứu, theo dõi, giám sát về rối loạn tâm thần; và xây dựng tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp viên chức tâm lý lâm sàng.
- d) Thực hiện truyền thông, giáo dục sức khỏe về sức khỏe tâm thần, đặt hàng sản xuất tin, bài, chương trình phát thanh, truyền hình, thông tin tuyên truyền về sức khỏe tâm thần để đăng tải trên các loại hình báo chí.
- đ) Tổ chức kiểm tra, giám sát và đánh giá, sơ kết vào năm 2025 và tổng kết vào năm 2030.

2. Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội có trách nhiệm:

a) Chủ trì, phối hợp với các Bộ, Ngành liên quan tổ chức triển khai Quyết định số 1929/QĐ-TTg ngày 25/11/2020 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chương trình trợ giúp xã hội và phục hồi chức năng cho người tâm thần, trẻ em tự kỷ và người rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2021-2030; nghiên cứu, rà soát, sửa đổi, bổ sung và ban hành mới hoặc trình cấp có thẩm quyền ban hành các chính sách, pháp luật liên quan thuộc thẩm quyền quản lý;

b) Chủ trì xây dựng các văn bản hướng dẫn chuyên môn, phát triển nhân lực, củng cố hệ thống cơ sở trợ giúp xã hội, cơ sở điều dưỡng-phục hồi chức năng cho người bệnh tâm thần để đáp ứng công tác chăm sóc, trợ giúp xã hội cho người rối loạn tâm thần;

c) Phối hợp với các bộ, ngành, cơ quan, tổ chức có liên quan tăng cường quản lý, thanh tra, giám sát bảo đảm môi trường làm việc nâng cao sức khỏe cho người lao động, giảm thiểu các yếu tố nguy cơ mắc rối loạn tâm thần;

3. Bộ Thông tin và Truyền thông có trách nhiệm:

Phối hợp với Bộ Y tế chỉ đạo, hướng dẫn các cơ quan thông tin, báo chí thực hiện việc đưa tin, truyền thông về văn bản quy phạm pháp luật; truyền thông nâng cao nhận thức về sức khỏe tâm thần.

4. Bộ Giáo dục và Đào tạo có trách nhiệm:

a) Chủ trì, phối hợp với các Bộ, ngành có liên quan xây dựng và triển khai các mô hình trường học nâng cao sức khỏe; lồng ghép thực hiện nội dung truyền thông, giáo dục về sức khỏe tâm thần trong Chương trình Sức khỏe học đường giai đoạn 2021-2025; Chương trình Y tế trường học trong các cơ sở giáo dục mầm non, phổ thông gắn với y tế cơ sở giai đoạn 2021-2025; chỉ đạo đưa nội dung giáo dục sức khỏe tâm thần vào chương trình đào tạo giáo viên ở các trường đại học, cao đẳng có đào tạo ngành sư phạm; tổ chức tập huấn nâng cao năng lực cho đội ngũ giáo viên, nhân viên y tế trường học thực hiện tư vấn tâm lý, chăm sóc sức khỏe tâm thần cho trẻ em, học sinh, sinh viên trong trường học.

b) Hướng dẫn tư vấn tâm lý tại các cơ sở giáo dục và đào tạo; hoàn thiện hệ thống văn bản pháp luật liên quan thuộc phạm vi chức năng, nhiệm vụ quản lý nhà nước của Bộ về tư vấn tâm lý trong các cơ sở giáo dục và đào tạo; ban hành tiêu chuẩn, quy trình cung cấp dịch vụ tư vấn tâm lý tại các cơ sở giáo dục; xây dựng đề án, dự án về tư vấn tâm lý tại các cơ sở giáo dục.

c) Tăng cường giáo dục kỹ năng sống, tư vấn tâm lý, truyền thông, giáo dục về các yếu tố nguy cơ rối loạn tâm thần và chăm sóc sức khỏe tâm thần thông qua các hoạt động giáo dục phù hợp với trẻ em, học sinh, sinh viên trong các cơ sở giáo dục.

5. Bộ Nội vụ có trách nhiệm:

Phối hợp với Bộ Y tế xây dựng tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp viên chức tâm lý lâm sàng.

6. Các bộ, cơ quan ngang bộ, cơ quan thuộc Chính phủ có trách nhiệm:

a) Căn cứ chức năng, nhiệm vụ được giao, các Bộ, ngành và Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương xây dựng kế hoạch và triển khai thực Đề án này;

b) Căn cứ vào nội dung, nhiệm vụ của Đề án và điều kiện thực tiễn để bố trí kinh phí thực hiện Đề án; tổ chức đánh giá tình hình triển khai thực hiện Đề án, gửi Bộ Y tế tổng hợp, báo cáo Thủ tướng Chính phủ.

7. Bộ Tài chính có trách nhiệm:

Tham mưu bố trí kinh phí chi thường xuyên trong dự toán ngân sách nhà nước hằng năm của các bộ, cơ quan trung ương và địa phương để triển khai thực hiện các nhiệm vụ của Đề án theo quy định của Luật Ngân sách nhà nước và các văn bản hướng dẫn thi hành.

8. Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương có trách nhiệm:

a) Trực tiếp chỉ đạo, triển khai, đầu tư và huy động các nguồn lực, bố trí ngân sách địa phương để thực hiện Đề án này, lồng ghép chỉ tiêu của Đề án vào kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội, các chương trình, kế hoạch có liên quan của địa phương;

b) Chỉ đạo các cơ quan, tổ chức, đoàn thể tại địa phương tham gia triển khai, giám sát việc thực hiện các nội dung Đề án tại địa phương;

c) Thường xuyên theo dõi kiểm tra việc thực hiện; tổ chức sơ kết, tổng kết theo định kỳ và báo cáo kết quả thực hiện về Bộ Y tế để tổng hợp báo cáo Thủ tướng Chính phủ.