

CHĂM SÓC GIẢM NHẸ Ở MỘT SỐ NƯỚC TRÊN THẾ GIỚI VÀ GỢI Ý CHÍNH SÁCH CHO VIỆT NAM

NGUYỄN THỊ THANH TÙNG^(*)

Ngày nhận bài: 30/6/2024 Ngày thẩm định: 06/7/2024 Ngày duyệt đăng: 20/8/2024

Tóm tắt: Chăm sóc giảm nhẹ là hoạt động của đội ngũ đa ngành nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh và gia đình người bệnh, những người đang phải chịu đựng những đau khổ do bệnh tật, thậm chí đe dọa tới tính mạng và sự mất mát sau khi người thân qua đời. Trên thế giới, lĩnh vực chăm sóc giảm nhẹ được tích hợp vào quá trình chăm sóc người bệnh, gia đình tại bệnh viện, cộng đồng, cũng như đưa vào đào tạo tại các trường y khoa. Ở Việt Nam, chăm sóc giảm nhẹ là lĩnh vực tương đối mới, được xây dựng và phát triển trong vài năm trở lại đây, chủ yếu để hỗ trợ người bệnh ung thư và cung ứng ở bệnh viện. Bài viết phân tích sự phát triển của lĩnh vực chăm sóc giảm nhẹ ở một số nước trên thế giới, từ đó đưa ra nhận định và đề xuất các gợi ý chính sách cho Việt Nam.

Từ khóa: chăm sóc giảm nhẹ; kinh nghiệm thế giới; Việt Nam

1 Đặt vấn đề

Chăm sóc giảm nhẹ là lĩnh vực quan trọng trong hệ thống chăm sóc sức khỏe. Năm 2014, Hội đồng Y tế thế giới thông báo “chăm sóc giảm nhẹ là trách nhiệm đạo đức của hệ thống y tế” và là “nghĩa vụ đạo đức của các chuyên gia chăm sóc sức khỏe”⁽¹⁾. Chăm sóc giảm nhẹ đã ra đời hơn 60 năm và phát triển ở hầu hết các quốc gia có thu nhập cao trên thế giới, như Anh, Hoa Kỳ, Úc,... và ngày càng hoàn thiện về cơ chế, dịch vụ, nhưng ở các quốc gia có mức thu nhập thấp, người dân vẫn còn khó khăn trong tiếp cận các dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ. Theo thống kê của Ủy ban Lancet về tiếp cận toàn cầu chăm sóc giảm nhẹ và giảm đau, ước tính hằng năm

có hơn 61 triệu người gặp phải tình trạng sức khỏe liên quan đến đau khổ được cải thiện đáng kể nhờ chăm sóc giảm nhẹ. Tuy nhiên, có tới 80% trong số này không được tiếp cận đến chăm sóc giảm nhẹ cơ bản nhất. Nguyên nhân là thiếu kiến thức, thiếu các chương trình đào tạo liên tục về chăm sóc giảm nhẹ, chưa có hệ thống chính sách mang tính chiến lược về chăm sóc giảm nhẹ quốc gia,... Đây chính là rào cản của người dân khi tiếp cận dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ⁽²⁾. Tại Việt Nam, nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ không chỉ tăng cùng với sự gia tăng của dân số cao tuổi, người bệnh ung thư, HIV/AIDS, mà còn ở các bệnh lý mang tính khác đều cần chăm sóc giảm nhẹ, nhưng vẫn còn những khó khăn trong tiếp cận dịch vụ vì đây là lĩnh vực khá mới mẻ⁽³⁾. Do đó, việc xác định và hiểu đúng bản chất, phạm vi của chăm sóc giảm nhẹ, học hỏi và tham khảo kinh nghiệm chăm sóc giảm nhẹ ở các quốc gia có mức thu nhập cao trên thế giới là chia

^(*) ThS, NCS, Khoa Xã hội học, Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh

khóa quan trọng để đề xuất chính sách, thúc đẩy dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ ở Việt Nam.

Theo Tổ chức Y tế thế giới, chăm sóc giảm nhẹ là phương pháp cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và gia đình - những người đang phải đối mặt với bệnh tật đe dọa tính mạng thông qua phòng ngừa và giảm bớt đau khổ bằng cách xác định sớm, đánh giá và điều trị cơn đau cũng như các vấn đề liên quan thể chất, tâm lý xã hội và tinh thần⁽⁴⁾. Bộ Y tế Việt Nam cho rằng, “chăm sóc giảm nhẹ là chuyên ngành chăm sóc, điều trị, vận dụng những chứng cứ tốt nhất hiện có nhằm ngăn ngừa và giảm nhẹ các đau khổ về thể chất, tâm lý, xã hội, hay tâm linh - mà người bệnh mắc bệnh nặng, nghiêm trọng, đang phải chịu đựng. Đây là quá trình chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm, đồng hành với người bệnh và gia đình người bệnh trong toàn bộ quá trình diễn biến của bệnh, kể cả giai đoạn cuối đời, nhằm đạt được chất lượng và giá trị cuộc sống cao nhất”⁽⁵⁾.

Thông qua việc sử dụng phương pháp phân tích tư liệu sẵn có dựa trên tổng quan và tường thuật các nghiên cứu liên quan đến chủ đề phát triển chăm sóc giảm nhẹ ở một số quốc gia trên thế giới và tại Việt Nam, tác giả hệ thống các nội dung chính, phân theo chủ đề nhằm đáp ứng mục tiêu bài viết đặt ra.

2. Chăm sóc giảm nhẹ ở một số nước trên thế giới

Từ “nhà chăm sóc” - “hospice” bắt nguồn từ tiếng Latin là “hospitium”, nghĩa là lòng mến khách. Khi mô hình hoạt động nhà chăm sóc được khởi xướng ở nước Anh, thuật ngữ “nhà chăm sóc” được hiểu là nơi chăm sóc và nương tựa giai đoạn cuối đời. Bác sĩ Balfour Mount lúc thành lập nhà chăm sóc tại Canada đã dùng thuật ngữ “palliative care” - nghĩa là các triệu chứng bệnh tật của người bệnh được chăm sóc hoặc che chở, thậm chí cả khi bệnh không còn khả năng chữa khỏi. Hiện nay, từ “hospice” và “palliative care” đều được dùng để chỉ lĩnh vực chăm sóc cho bệnh nhân bị các bệnh đe dọa cuộc sống⁽⁶⁾.

Vào những năm 1950, mối quan tâm của giới chuyên môn và cộng đồng đối với bệnh ung thư chủ yếu tập trung vào khả năng điều trị bệnh. Trong trường hợp người bệnh trở nên yếu hơn và không còn khả năng chữa trị, họ sẽ được khuyến khích đưa về nhà. Điều này dẫn đến mối lo ngại về việc bỏ mặc y tế khi bệnh nhân trải qua sự đau khổ trong giai đoạn cuối đời mà không có sự hỗ trợ nào. Các nghiên cứu sau đó trên người bệnh ung thư đã cung cấp cái nhìn sâu sắc về các khía cạnh xã hội và lâm sàng của việc chăm sóc người bệnh giai đoạn cuối⁽⁷⁾. Từ cơ sở này, lĩnh vực chăm sóc giảm nhẹ ra đời.

Chăm sóc giảm nhẹ đã phát triển nhanh chóng từ cuối những năm 1960. Đến năm 1967, nhà chăm sóc được hình thành đầu tiên ở nước Anh bởi Saunders với tên gọi St. Christophir. Sau đó, nhiều cơ sở nhà chăm sóc dành cho bệnh nhân nội trú xuất hiện. Nhiều địa phương đã tự mở cơ sở chăm sóc bệnh nhân nội trú với nguồn tài trợ từ các quỹ nhân đạo và một phần từ dịch vụ chăm sóc sức khỏe quốc gia. Dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ tại bệnh viện cũng phát triển⁽⁸⁾. Đến năm 1987, chăm sóc giảm nhẹ được công nhận là một chuyên khoa y học ở Anh và chương trình đào tạo y khoa nâng cao trong 04 năm đã được kiến lập vào năm 1989. Đến năm 1995, tất cả các nhân viên tư vấn tại các cơ sở được tài trợ bởi dịch vụ chăm sóc sức khỏe quốc gia và các giám đốc y khoa của các nhà chăm sóc bắt buộc phải là các chuyên gia được cấp bằng y học chăm sóc giảm nhẹ. Từ năm 1987, các cơ quan y tế ở Anh được yêu cầu lập kế hoạch cung cấp dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ nhằm cải thiện sức khỏe và phúc lợi của người dân⁽⁹⁾. Hiện nay, ở Anh, các chuyên gia về chăm sóc giảm nhẹ làm việc tại các bệnh viện, cộng đồng và cơ sở chăm sóc cuối đời nội trú, cung cấp các dịch vụ chăm sóc trực tiếp cho bệnh nhân cũng như chăm sóc gián tiếp thông qua giáo dục và đào tạo những người chăm sóc. Ba hình thức chăm sóc phổ biến ở Anh là chăm sóc tích hợp⁽¹⁰⁾, chăm sóc cá nhân và hỗ trợ

người chăm sóc với việc ứng dụng công nghệ hiện đại (quy trình đặt phòng trực tuyến được đơn giản hóa, hồ sơ sức khỏe điện tử). 75% người dân được hưởng lợi từ các chính sách chăm sóc giảm nhẹ. Chính phủ chi trả 30% kinh phí và 70% được huy động từ các nguồn từ thiện cho hoạt động chăm sóc giảm nhẹ⁽¹¹⁾.

Tại Úc, nhà chăm sóc đã xuất hiện từ trước những năm 1960, phát triển vào giữa những năm 1970, chủ yếu để hỗ trợ người sắp chết với mục đích bảo đảm những người ở bên lề xã hội được cung cấp sự chăm sóc và nơi ở⁽¹²⁾. Năm 1987, Úc bổ nhiệm giáo sư đầu tiên trên thế giới về chăm sóc giảm nhẹ và sau đó phát triển đơn vị đào tạo giáo dục từ xa, hỗ trợ các nước đang phát triển từ Trung Đông đến Đông Nam Á; thành lập Ủy ban cố vấn chuyên khoa về y học giảm nhẹ năm 1988. Đến năm 2000, Úc thành lập Bộ môn y học giảm nhẹ để các bác sĩ từ nhiều nền tảng lâm sàng khác nhau được đào tạo chuyên khoa phụ về y học giảm nhẹ và kỹ năng chăm sóc người bệnh ở giai đoạn cuối đời. Hiện nay, chăm sóc giảm nhẹ ở Úc được thực hiện theo nhiều cách khác nhau tùy thuộc vào vị trí địa lý và nguồn lực sẵn có, bảo đảm những bệnh nhân mắc bệnh hiểm nghèo được cung cấp mức độ chăm sóc mà họ cần⁽¹³⁾. Chương trình quốc gia về hợp tác chăm sóc giảm nhẹ ở Úc được thực hiện để đo lường và đánh giá thường xuyên kết quả chăm sóc giảm nhẹ của bệnh nhân. Mô hình đánh giá lâm sàng của chương trình quốc gia về hợp tác chăm sóc giảm nhẹ hiện đã được đưa vào thực hành lâm sàng tại các cơ sở chăm sóc. Theo thống kê năm 2022, có hơn 80% người dân được tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ hằng năm. Chăm sóc giảm nhẹ của Úc đang dẫn đầu thế giới về việc có hệ thống quốc gia đo lường kết quả chăm sóc giảm nhẹ định kỳ của bệnh nhân và đánh giá điểm chuẩn bằng cách sử dụng các đánh giá triệu chứng tại những cơ sở chăm sóc⁽¹⁴⁾.

Tại Hoa Kỳ, các dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời tại nhà đã được ứng dụng từ những năm 1970. Dịch vụ chăm sóc giảm

nhẹ ở Hoa Kỳ mạnh lên khi có sự tham gia của quỹ Soros tài trợ cho dự án nghiên cứu về tử vong từ năm 1994 đến năm 2003. Dự án đã hỗ trợ kinh phí cho các trường đại học nghiên cứu và thực hành về chăm sóc giảm nhẹ. Chăm sóc giảm nhẹ được công nhận là một bán chuyên khoa từ năm 2006 và chương trình đào tạo đã được thiết lập chính thức⁽¹⁵⁾. Từ năm 2004 - 2014, đã có hơn 1.000 chương trình chăm sóc giảm nhẹ tại bệnh viện đã được thành lập mới, 2/3 số bệnh viện cung cấp dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ với khả năng tiếp cận các dịch vụ cao⁽¹⁶⁾. Hiện nay, dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ tại Hoa Kỳ được cung cấp tại bệnh viện, phòng khám ngoại trú, nhóm tư vấn nội trú, đơn vị chăm sóc giảm nhẹ và các nhóm dựa vào cộng đồng. Các phòng khám ngoại trú được đánh giá có hiệu quả cao trong hỗ trợ người bệnh tiếp cận dễ dàng các dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ. Vì vậy, để cải thiện kết quả chăm sóc phải chủ động cung cấp dịch vụ quản lý triệu chứng, chăm sóc tâm lý xã hội theo chiều dọc và lập kế hoạch chăm sóc trước. Chăm sóc giảm nhẹ được xem là một trong những lĩnh vực chăm sóc sức khỏe phát triển nhanh nhất ở Hoa Kỳ trong thập kỷ qua⁽¹⁷⁾.

Tại khu vực châu Á - Thái Bình Dương, sự phát triển của các dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ khác nhau tùy thuộc vào nền kinh tế của từng quốc gia. Singapore là quốc gia có sự phát triển đáng kể trong lĩnh vực chăm sóc giảm nhẹ. Chính phủ hiện đang mở rộng các dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ, bảo đảm mọi người dân được tiếp cận dịch vụ hỗ trợ chăm sóc sức khỏe thể chất, tinh thần và tâm lý xã hội. Nhiều hoạt động đã được chính phủ, bảo hiểm chi trả toàn bộ hoặc một phần. Dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ tại nhà được khuyến khích phát triển. Công nghệ được tích hợp vào hoạt động chăm sóc giảm nhẹ, như ứng dụng ghi âm trên điện thoại thông minh và vòng đeo tay theo dõi. Chăm sóc giảm nhẹ được xem là một chuyên ngành y khoa và công tác đào tạo rất phát triển⁽¹⁸⁾.

Như vậy, chỉ trong bốn thập kỷ, chăm sóc giảm nhẹ có nhiều phát triển, tiến bộ gắn liền với sự xuất hiện của y học giảm nhẹ. Sự phát triển trong lĩnh vực chăm sóc giảm nhẹ trên toàn thế giới đã định hình khái niệm về chăm sóc giảm nhẹ, đưa đến những chính sách mới trong chăm sóc y tế cũng như cung cấp cơ hội cho nhóm bệnh nhân đang mắc các bệnh nghiêm trọng được hưởng lợi từ chương trình.

Tại Việt Nam, chăm sóc giảm nhẹ bắt đầu vào năm 2001 với việc thành lập đơn vị chăm sóc giảm đau đầu tiên. Tuy nhiên, khi có các chương trình hợp tác trong đào tạo và hỗ trợ kỹ thuật từ các chuyên gia quốc tế với Bộ Y tế, các trường đại học và bệnh viện công lập thì dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ mới có sự phát triển nhất định⁽¹⁹⁾. Ngày 19/5/2006, Bộ Y tế ban hành Quyết định số 3483/QĐ-BYT về việc ban hành hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ đối với bệnh nhân ung thư và AIDS⁽²⁰⁾. Đây là cột mốc quan trọng, đánh dấu sự thành công trong vận động xây dựng chính sách quốc gia về chăm sóc giảm nhẹ. Đến năm 2021, Bộ Y tế tiếp tục ban hành Quyết định số 5968/QĐ-BYT về việc ban hành hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS⁽²¹⁾. Đến ngày 25/01/2022, Bộ Y tế tiếp tục ban hành Quyết định số 183/QĐ-BYT về việc ban hành hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ⁽²²⁾, được áp dụng tại các cơ sở khám, chữa bệnh trong khu vực nhà nước và khu vực ngoài nhà nước.

Những năm qua, Bộ Y tế đã hợp tác với Trung tâm Chăm sóc giảm nhẹ của trường Y Harvard để phát triển và triển khai đào tạo cơ bản, nâng cao về chăm sóc giảm nhẹ cho nhân viên y tế. Đến nay, đã có hơn 1.000 bác sĩ từ các bệnh viện và trung tâm ung thư lớn trên cả nước được đào tạo chương trình cơ bản. Mạng lưới chăm sóc giảm nhẹ khu vực châu Á Thái Bình Dương đã cung cấp đào tạo cho một số bệnh viện lớn và bác sĩ. Một số trường đại học, như Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh đã đưa chăm sóc giảm nhẹ vào giảng dạy cho sinh viên chuyên khoa về nội khoa, y học gia đình, ung thư, huyết học, bệnh truyền nhiễm,

lão khoa và nhi khoa. Năm 2011, Bệnh viện Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh đã mở Khoa Chăm sóc giảm nhẹ bao gồm các dịch vụ chăm sóc nội trú, ngoại trú và chăm sóc tại nhà cho người lớn và trẻ em. Hiện nay, nhiều bệnh viện lớn trong cả nước đã có khoa Chăm sóc giảm nhẹ⁽²³⁾.

Tuy nhiên, các nghiên cứu về chăm sóc giảm nhẹ tại Việt Nam đều chỉ ra rằng, dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ mới chỉ được cung cấp tại bệnh viện. Còn tại cộng đồng, chăm sóc giảm nhẹ không được bảo hiểm y tế chi trả, vì vậy hầu như không có. Chăm sóc giảm nhẹ cho người bệnh tại nhà là hết sức cần thiết nhưng thiếu nhân lực và cơ sở cung ứng dịch vụ, đồng thời chưa có khóa đào tạo quốc gia về chăm sóc giảm nhẹ⁽²⁴⁾.

Các nghiên cứu về kiến thức, thái độ và việc tự đánh giá của nhân viên y tế trong lĩnh vực chăm sóc giảm nhẹ cho thấy, hầu như các bác sĩ không có chứng chỉ, bằng cấp sau đại học liên quan tới chăm sóc giảm nhẹ, chưa nhận được bất kỳ bài giảng nào về chăm sóc giảm nhẹ tại trường y. Do đó, họ gặp nhiều khó khăn trong kê đơn morphin để hỗ trợ giảm đau cũng như hỗ trợ tâm lý cho người bệnh và gia đình người bệnh⁽²⁵⁾. Điều này dẫn tới những khó khăn nhất định cho nhân viên y tế trong hoạt động chăm sóc giảm nhẹ cũng như tiếp cận các dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ cần thiết của người bệnh.

3. Một số gợi ý chính sách cho Việt Nam

Trước những khó khăn và các vấn đề tồn tại trong lĩnh vực chăm sóc giảm nhẹ tại Việt Nam, việc đưa ra các giải pháp phù hợp và khả thi là hết sức cần thiết. Dựa trên sơ lược về phát triển dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ ở một số nước trên thế giới, tác giả đề xuất một số gợi ý chính sách sau:

Thứ nhất, cần có các chiến lược truyền thông hiệu quả để nâng cao nhận thức của các bộ, ban, ngành, tổ chức, cá nhân liên quan đến vai trò, vị trí của chăm sóc giảm nhẹ trong hệ thống y tế.

Thứ hai, xây dựng chính sách chăm sóc giảm nhẹ quốc gia dựa trên quan điểm về tầm quan trọng của chăm sóc giảm nhẹ trong hệ thống y tế của Tổ chức Y tế thế giới cũng như tham khảo kinh nghiệm các nước có sự phát triển về lĩnh vực chăm sóc giảm nhẹ. Trên cơ sở chiến lược chăm sóc giảm nhẹ quốc gia, ngành y tế cần tạo ra mạng lưới chăm sóc giảm nhẹ rộng khắp để đáp ứng kịp thời và thiết thực cho nhu cầu của người dân.

Thứ ba, cần phát triển mạng lưới chăm sóc giảm nhẹ tại cộng đồng. Hiện nay, Việt Nam chỉ mới triển khai dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ tại các bệnh viện và chỉ có một số bệnh viện tuyến trung ương và tuyến tỉnh mới có khoa chăm sóc giảm nhẹ. Do đó, để làm được điều này, chính sách bảo hiểm y tế của Nhà nước cần có sự cải tiến và thay đổi trong khâu hỗ trợ chi trả phí chăm sóc giảm nhẹ cho người bệnh tại cộng đồng.

Thứ tư, Bộ Y tế cần xây dựng kế hoạch đào tạo quốc gia về chăm sóc giảm nhẹ để tăng cường năng lực chuyên môn cho đội ngũ nhân viên y tế tại các khoa chăm sóc giảm nhẹ và có liên quan. Bên cạnh đó, cần tăng cường đào tạo về chăm sóc giảm nhẹ cơ bản cho tất cả nhân viên y tế làm việc tại các tuyến cơ sở, trung tâm y tế cộng đồng và nhân viên y tế thường xuyên chăm sóc bệnh nhân có gánh nặng triệu chứng cao, như ung thư, nhi khoa, lão khoa, nhân viên xã hội và nhân viên tâm lý làm việc tại bệnh viện. Nội dung đào tạo cần tập trung vào những lỗ hổng kiến thức về khó thở, tiêu hóa và kiểm soát cơn đau, các vấn đề tâm lý xã hội của người bệnh cũng như kỹ năng giao tiếp với người bệnh và gia đình người bệnh. Chương trình đào tạo phải được thực hiện thường xuyên để cập nhật tình hình thực tế và nâng cao kiến thức về chăm sóc giảm nhẹ. Ngoài ra, các trường đại học y khoa cần có kế hoạch đưa chăm sóc giảm nhẹ vào chương trình đào tạo.

Thứ năm, Bộ Y tế cần ban hành chính sách toàn diện về sử dụng thuốc giảm đau để nâng cao nhận thức và kiến thức của nhân viên y

tế, tạo điều kiện cho người bệnh dễ dàng tiếp cận với các loại thuốc hỗ trợ giảm đau. Cho phép bác sĩ thường xuyên chăm sóc bệnh nhân cần chăm sóc giảm nhẹ có thể được kê đơn morphin cho cả bệnh nhân nội trú và ngoại trú. Điều này hướng tới việc xây dựng mạng lưới nhà thuốc được cấp phép cung ứng morphin uống ít nhất ở mỗi đơn vị y tế cấp huyện dưới sự giám sát, kiểm soát của các cơ quan chức năng.

Thứ sáu, cần tăng cường hợp tác quốc tế trong lĩnh vực chăm sóc giảm nhẹ. Kết hợp nghiên cứu và thực hành lâm sàng giữa nhân viên y tế trong nước với các chuyên gia trên thế giới. Tổ chức hội thảo về chăm sóc giảm nhẹ với sự tham gia của đa ngành: y tế, công tác xã hội, tâm lý,... để có cái nhìn tổng quát về nhu cầu và dịch vụ đáp ứng nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ cho người dân.

4. Kết luận

Chăm sóc giảm nhẹ là chính sách không thể thiếu trong hệ thống y tế, nhằm hỗ trợ cho người bệnh và gia đình giảm nhẹ, xoa dịu những đau đớn về sức khỏe thể chất và khổ đau về sức khỏe tâm lý, xã hội. Chăm sóc giảm nhẹ là mang tới sự hỗ trợ, chia sẻ và tôn trọng phẩm giá của người bệnh, được cung cấp tại bất kỳ giai đoạn nào, kể cả khi mới chẩn đoán. Vì vậy, việc hiểu đúng nội dung, bản chất, vị trí và vai trò của chăm sóc giảm nhẹ trong hệ thống chăm sóc sức khỏe là điều hết sức quan trọng. Đối với Việt Nam, học hỏi kinh nghiệm của các nước đi trước, áp dụng linh hoạt vào tình hình thực tế nhằm bảo đảm an sinh xã hội cho người dân trong lĩnh vực sức khỏe là điều mà Nhà nước hướng tới để thực hiện mục tiêu “không ai bị bỏ lại phía sau”[□]

⁽¹⁾ S. S. W. H. Assembly, *Strengthening of Palliative Care as a Component of Comprehensive Care Throughout the Life Course: Resolution WHA67. 19*, Geneva: World Health Organization, 2014

- (2) F. M. Knaul et al., *Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief - an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report*, *The Lancet*, vol. 391, no. 10128, pp. 1391-1454, Apr. 2018, doi: 10.1016/S0140-6736(17)32513-8
- (3), (5) và (22) Bộ Y tế, *Quyết định số 183/QĐ-BYT về việc ban hành hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ*, <https://thuvienphapluat.vn>, ngày 13/7/2024
- (4) World Health Organization, *Cancer pain relief and palliative care : report of a WHO expert committee [meeting held in Geneva from 3 to 10 July 1989]*, <https://iris.who.int>, ngày 13/7/2024
- (6), (8) và (15) C. R. Goh and A. G. Porter, *Structural and functional domains in human tumour necrosis factors*, *Protein Eng. Des. Sel.*, vol. 4, no. 4, pp. 385–389, Apr. 1991, doi: 10.1093/protein/4.4.385
- (7) J. Aitken-Swan and R. Paterson, *The Cancer Patient Delay in Seeking Advice*, *Br. Med. J.*, vol. 1, no. 4914, pp. 623–627, Mar. 1955
- (9) J. Seymour, D. Clark, and R. Marples, *Palliative care and policy in England: a review of health improvement plans for 1999 - 2003*, *Palliat. Med.*, vol. 16, no. 1, pp. 5 - 11, Jan. 2002, doi: 10.1191/0269216302pm521oa.
- (10) kết hợp chăm sóc ban đầu tại cộng đồng và dịch vụ tại bệnh viện, phối hợp chăm sóc sức khỏe thể chất, tinh thần và xã hội cho người có nhu cầu, phối hợp trong thực hành chăm sóc giảm nhẹ giữa các nhóm hỗ trợ trong cộng đồng
- (11) Sleeman, Katherine E., Anna Timms, Juliet Gillam, Janet E. Anderson, Richard Harding, Elizabeth L. Sampson, and Catherine J. Evans. *Priorities and opportunities for palliative and end of life care in United Kingdom health policies: a national documentary analysis*. *BMC Palliative Care* 20. 2021. 1-10.
- (12) D. C. Currow and J. Phillips, *Evolution of palliative care in Australia 1973-2013*, *Cancer Forum*, vol. 37, no. 1, pp. 38–42, Aug. 2020, doi: 10.3316/informit.399307130078102
- (13) M. Stolberg, *A History of Palliative Care, 1500-1970*, vol. 123. in *Philosophy and Medicine*, vol. 123. Cham: Springer International Publishing, 2017. doi: 10.1007/978-3-319-54178-5
- (14) K. Eagar, S. P. Clapham, S. F. Allingham. *Palliative care is effective: but hospital symptom outcomes superior*. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2020 Jun 1;10(2):186-90.
- (16) R. S. Morrison, R. Augustin, P. Souvanna, and D. E. Meier, *America's Care of Serious Illness: A State-by-State Report Card on Access to Palliative Care in Our Nation's Hospitals*, *J. Palliat. Med.*, vol. 14, no. 10, pp. 1094–1096, Oct. 2011, doi: 10.1089/jpm.2011.9634
- (17) D. Hui, A. De La Rosa, J. Chen, S. Dibaj, M. Delgado Guay, Y. Heung, D. Liu, E. Bruera. *State of palliative care services at US cancer centers: An updated national survey*. *Cancer*. 2020 May 1;126(9):2013-23.
- (18) H.H.Yee, V.T.Law. *Palliative care in selected economies in Asia: Taiwan, Singapore and Hong Kong*. In *Ageing with dignity in hong Kong and Asia: Holistic and humanistic care 2022 Sep 13 (pp. 65-82)*. Singapore: Springer Nature Singapore.
- (19) và (23) E. L. Krakauer et al., *Palliative Care in Vietnam: Long-Term Partnerships Yield Increasing Access*, *J. Pain Symptom Manage.*, vol. 55, no. 2, Supplement, pp. S92–S95, Feb. 2018, doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.03.038
- (20) Bộ Y tế, *Quyết định số 3483/QĐ-BYT*, ngày 19/5/2006, về việc ban hành hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ đối với bệnh nhân ung thư và HIV/AIDS
- (21) Bộ Y tế, *Quyết định số 5968/QĐ-BYT về việc ban hành hướng dẫn điều trị HIV/AIDS*, ngày 31/12/2021
- (24) V. Nguyen, Q. T. Khanh, M. Hocaoglu, H. T. M. Huyen, D. H. Q. Thinh, and E. L. Krakauer, *Integrated Hospital- and Home-Based Palliative Care for Cancer Patients in Vietnam: People-Centered Outcomes*, *J. Pain Symptom Manage.*, vol. 66, no. 3, pp. 175-182.e3, Sep. 2023, doi: 10.1016/j.jpainsymman.2023.04.016
- (25) L. Tsao et al., *Palliative Care-Related Knowledge, Attitudes, and Self-Assessment Among Physicians in Vietnam*, *J. Pain Symptom Manage.*, vol. 58, no. 6, pp. 1015-1022.e10, Dec. 2019, doi: 10.1016/j.jpainsymman.2019.08.001

Đính chính

Trong bài viết *Xây dựng đội ngũ giảng viên đáp ứng yêu cầu phát triển Học viện Chính trị khu vực II đến năm 2030, định hướng đến năm 2045* của tác giả TS. Lê Thị Anh Đào đăng trên Tạp chí Khoa học chính trị số 05/2024, từ dòng 12 đến dòng 20 cột 1, trang 45 “Hiện nay, Học viện Chính trị khu vực II có...; 04 Phó giáo sư, tiến sĩ⁽⁶⁾”, Tạp chí Khoa học chính trị xin sửa lại như sau:

“Tính đến tháng 10/2023, Học viện Chính trị khu vực II có 228 cán bộ, viên chức và người lao động, trong đó, có 08 phó giáo sư, tiến sĩ; 48 tiến sĩ; 126 thạc sĩ và 22 cử nhân; 10 giảng viên cao cấp. Học viện Chính trị khu vực II có 12 khoa chuyên môn giảng dạy với 119 giảng viên, trong đó, có 7 cử nhân, 71 thạc sĩ, 38 tiến sĩ, 04 phó giáo sư, tiến sĩ”⁽⁶⁾