

ĐIỀU TRỊ VÀ QUẢN LÝ NGƯỜI NGHIỆN MA TÚY DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG VÀ TẠI CỘNG ĐỒNG: ĐƯỢC, MẤT VÀ LỐI THOÁT BỀN VỮNG (Nghiên cứu thăm dò trường hợp tỉnh Hưng Yên)

TRINH VĂN TÙNG*

Dưới sức ép của quốc tế khi Việt Nam tham gia hầu hết các công ước về quyền con người của Liên hợp quốc và giới khoa học đã chứng minh rằng người nghiện ma túy là một dạng bệnh nhân, từ năm 2013 đến nay, mô hình điều trị và quản lý người nghiện ma túy dựa vào cộng đồng và tại cộng đồng đã được áp dụng ở nước ta. Vậy, quá trình điều trị và quản lý người nghiện ma túy theo mô hình này đã và đang có những được, mất gì? Và đâu là lối thoát bền vững cho mô hình này? Bằng phương pháp phân tích tài liệu và phỏng vấn sâu các đối tượng liên quan của một nghiên cứu thăm dò tại tỉnh Hưng Yên¹, bài viết nhằm làm sáng tỏ các câu hỏi nêu trên.

1. Điều trị và quản lý người nghiện ma túy dựa vào cộng đồng và tại cộng đồng: một mô hình đòi hỏi phối hợp nhiều nguồn lực

Điều trị và quản lý người nghiện ma túy dựa vào cộng đồng và tại cộng đồng là một mô hình mới được thực hiện tại cộng đồng nhằm phát huy tối đa các nguồn lực của cộng đồng bằng cách sử dụng sự liên kết chặt chẽ của các cá nhân, các nhóm và các tổ chức trong đó. Mô hình này phát huy tính liên tục và liên thông giữa các dịch vụ y tế cộng đồng và các dịch vụ công tác xã hội tại chỗ (UNODC - Văn phòng Liên hợp quốc về các chất gây nghiện và tội phạm, 2014: 1). Điều trị và quản lý người nghiện ma túy dựa vào cộng đồng và tại cộng đồng hướng đến các mục tiêu cụ thể như sau:

- Hỗ trợ người nghiện ma túy tự xây dựng kỹ năng kiểm soát sự lệ thuộc của họ vào ma túy;
- Hỗ trợ người nghiện ma túy dần dần tự quyết định dừng hoặc giảm ma túy;
- Thỏa mãn nhu cầu cá nhân người nghiện ma túy trong điều kiện tối ưu nhất như những nhu cầu sống với gia đình, bà con;
- Phát huy tối đa các loại nguồn lực địa phương theo chức năng của từng cá nhân và nhóm xã hội;
- Giảm thiểu quản lý tập trung, điều trị nội trú (UNODC, 2014: 2).

Để mô hình quản lý và điều trị người nghiện ma túy dựa vào cộng đồng đi vào thực tiễn một cách hiệu quả, UNODC đã đề xuất 9 nguyên tắc hành động rất cụ thể và nghiêm ngặt cùng với ba

* PGS.TS.; Khoa Xã hội học, Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, Đại học Quốc gia Hà Nội.

¹ 16 người được phỏng vấn sâu bao gồm các đối tượng sau:

- (a) 03 người nghiện ma túy đều là nam (người thứ nhất: 25 tuổi, nghiện đã 3 năm; người thứ hai: 31 tuổi, nghiện đã 5 năm; người thứ ba: 22 tuổi, nghiện đã 3 năm);
- (b) 03 người nhà của người nghiện ma túy;
- (c) 03 người hàng xóm của người nghiện ma túy;
- (d) 01 cán bộ quản lý ở Sở Lao động, Thương binh và Xã hội Hưng Yên;
- (e) 01 cán bộ xã phụ trách mảng văn hóa - xã hội;
- (f) 01 công an xã;
- (g) 02 bác sĩ và 01 y tá;
- (h) 01 nhân viên công tác xã hội.

trụ cột chức năng chính như sau:

(1) **Cộng đồng** cần xác định, quản lí và chuyển tuyến người nghiện ma túy với các nhiệm vụ như:

(a) xác định và quản lí ca bệnh;

(b) huy động cộng đồng trong quản lí và điều trị, nhất là trong quản lí không để bệnh lây lan;

(c) giáo dục phòng tránh HIV cho bản thân người nghiện, bạn bè cùng trang lứa;

(d) hỗ trợ gia đình/bệnh nhân tái hòa nhập cộng đồng bằng nhiều biện pháp như tạo dựng việc làm, tham gia sinh hoạt cộng đồng, tạo điều kiện đi học,...;

(e) tư vấn, chăm sóc và quản lí bệnh nhân tại nhà.

(2) **Y tế cơ sở/y tế tuyến trên** thực hiện sàng lọc, can thiệp ngăn và chuyển tuyến/nhận ca bệnh theo đúng năng lực của mình. Các nhiệm vụ chính của cơ sở cung cấp dịch vụ y tế gồm:

(f) đánh giá tình trạng bệnh của người nghiện;

(g) lập kế hoạch điều trị;

(h) cắt con, giải độc;

(i) thực hiện liệu pháp điều trị có dùng thuốc hỗ trợ;

(j) can thiệp về tâm lí.

(2) **Nhân viên công tác xã hội và các tổ chức xã hội** thực hiện một số nhiệm vụ chính như:

(k) hỗ trợ hòa nhập xã hội trong thời gian rảnh rỗi của người nghiện;

(l) kết nối với các nguồn lực để quản lí và điều trị tốt nhất;

(m) đào tạo kĩ năng sống;

(n) hỗ trợ tạo dựng thu nhập;

(o) hỗ trợ kết nối người bệnh với tổ chức cung cấp tài chính vi mô (UNODC, 2014: 4).

Có thể nói rằng, đây là một khuôn mẫu lí tưởng cho việc quản lí và điều trị người nghiện ma túy dựa vào cộng đồng và tại cộng đồng hiện nay. Vậy, khi ứng dụng vào một địa phương cụ thể ở nước ta như tỉnh Hưng Yên thì các mục tiêu của mô hình này đã đạt được đến mức nào? Những người “trong cuộc” ở đây nói gì về những được, mất từ việc “quản lí và điều trị người nghiện ma túy dựa vào cộng đồng và tại cộng đồng?”.

2. Tình hình người nghiện ma túy tại tỉnh Hưng Yên trước và sau các Nghị định 111/2013/NĐ-CP và 221/2013/NĐ-CP

Với vị thế địa lí là trung tâm kinh tế, văn hóa, giáo dục, y tế của vùng đồng bằng sông Hồng, cách Hà Nội khoảng 60 km, nơi có rất nhiều khu công nghiệp, nhiều trường đại học, cao đẳng, trung học chuyên nghiệp và dạy nghề, nên hàng năm, tỉnh Hưng Yên đón nhận hàng trăm ngàn người từ các tỉnh khác đến làm việc, lao động, học tập và lưu trú trên địa bàn. Do vậy, tình hình người nghiện ma túy cũng ngày càng tăng và diễn biến phức tạp (Bảng 1).

Bảng 1: Tình hình người nghiện ma túy trước và sau khi áp dụng các Nghị định 111/2013/NĐ-CP và 221/2013/NĐ-CP

Năm	Số người nghiện có hồ sơ (đơn vị: người)	Số xã có người nghiện (đơn vị: xã/tổng 161)	Tỉ lệ tăng/giảm so với năm trước
2008	1004	132	
2009	1024	137	* Số người nghiện tăng 1,02%

			* Số xã/phường có người nghiện tăng 1,03%
2010	1048	141	* Số người nghiện tăng 1,023% * Số xã/phường có người nghiện tăng 1,03%
2011	1180	142	* Số người nghiện tăng 1,12% * Số xã/phường có người nghiện tăng 1,0%
2012	1200	143	* Số người nghiện tăng 1,01% * Số xã/phường có người nghiện tăng 1,0%
2013	1429	145	* Số người nghiện tăng 1,2% * Số xã/phường có người nghiện tăng 1,0%
2014	1756	151	* Số người nghiện tăng 1,23% * Số xã/phường có người nghiện tăng 1,04%
2015	1520	150	* Số người nghiện giảm 0,86% * Số xã/phường có người nghiện giảm 1,0%

Nguồn: Sở Lao động - Thương binh và Xã hội tỉnh Hưng Yên, 2015, Tr. 3 - 4.

Bảng số liệu này chỉ ra rằng, ngay trước và sau năm 2013, năm ra đời các Nghị định 111/2013/NĐ-CP và 221/2013/NĐ-CP, sự gia tăng số người nghiện mới và gia tăng số xã có người nghiện đã thể hiện rõ nhất. Điều này thể hiện sự khó khăn trong việc quản lý và điều trị người nghiện ma túy dựa vào cộng đồng và tại cộng đồng mà nguyên nhân xuất phát từ chính các văn bản này: “Các Nghị định 111/2013/NĐ-CP và 221/2013/NĐ-CP của Chính phủ gây rất nhiều khó khăn, phiền hà trong việc quản lý và điều trị người nghiện ma túy dựa vào cộng đồng, tại cộng đồng vì người nghiện bám vào quyền của họ trong khi các lực lượng xã hội chưa liên thông và chưa sẵn sàng” (Nam, 58 tuổi, Sở Lao động - Thương binh và Xã hội tỉnh Hưng Yên, hơn 25 năm kinh nghiệm).

So sánh diễn biến sự gia tăng người nghiện ma túy và số xã/phường mới có người nghiện ma túy với kết quả của công tác quản lý và điều trị người nghiện ma túy tại cộng đồng ở tỉnh Hưng Yên đã chỉ ra một vấn đề sau đây: khi người nghiện ma túy được “thả” vào cộng đồng thì việc quản lý và điều trị cho họ lại trở nên lỏng lẻo hơn và số lượng người được cai nghiện có xu hướng giảm hẳn. Để chỉ rõ xu hướng giảm hẳn hoạt động điều trị người nghiện ma túy dựa vào cộng đồng ngay trước và sau khi áp dụng các Nghị định 111/2013/NĐ-CP và 221/2013/NĐ-CP, Sở Lao động - Thương binh và Xã hội tỉnh Hưng Yên đã báo cáo kết quả như sau:

Bảng 2: Tổ chức cai nghiện ma túy cho các đối tượng trước và sau khi áp dụng các Nghị định 111/2013/NĐ-CP và 221/2013/NĐ-CP

Năm	Số lượng được cai nghiện trước khi áp dụng các Nghị định trên: cai nghiện tập trung bắt buộc là chủ yếu (đơn vị: người)	Số lượng được cai nghiện sau khi áp dụng các Nghị định trên: cai nghiện dựa vào cộng đồng và tại cộng đồng là chủ yếu (đơn vị: người)
2010	100	Không biết
2011	150	Không biết
2012	29	Không biết
2013	Không biết	07
2014	Không biết	45
2015	Không biết	32

Nguồn: Sở Lao động - Thương binh và Xã hội tỉnh Hưng Yên, 2015, Tr. 2 - 3.

Trong thực chất, đây là những đối tượng được cắt cơn, cai nghiện chủ yếu thuộc diện gia đình chính sách theo Nghị định 94/2010/NĐ-CP (Sở Lao động - Thương binh và Xã hội, 2015: 4).

Các con số người nghiện ma túy được cai nghiện của năm 2012 và 2013 chỉ rõ một điều là, người nghiện ma túy đã cảm nhận rất nhanh chóng “quyền bệnh nhân” của mình để được tự do trong cộng đồng, đặc biệt là từ Nghị định 111/2013/NĐ-CP. Hơn nữa, về phía các cơ quan chuyên môn cũng gặp những lúng túng nhất định: “Trước Nghị định 111/2013/NĐ-CP và 221/2013/NĐ-CP, chúng tôi đến điều trị cho người nghiện ma túy tại trung tâm cai nghiện, còn từ ngày áp dụng Nghị định đến nay, người nghiện ma túy chỉ tự giác vào thì mới điều trị được [...] Mà rất ít người tự giác...! Thủ tục đưa vào cai nghiện bắt buộc thì quá rườm rà. Hiện nay, chúng tôi không nắm được số người tái nghiện nhưng nếu không được điều trị thay thế thì về mặt nguyên tắc sẽ tái nghiện gần 100%” (Nữ, 35 tuổi, Bác sĩ, 9 năm kinh nghiệm).

Quy chiếu với năm nhiệm vụ chính của cơ sở y tế trong quản lý và điều trị người nghiện ma túy dựa vào cộng đồng và tại cộng đồng thì cơ sở y tế ở đây mới chỉ chú trọng đến các đối tượng được hưởng chính sách xã hội và tập trung vào hoạt động “cắt cơn, giải độc” là chính, đồng thời khả năng tái nghiện ma túy rất cao nếu người nghiện ma túy không được điều trị thay thế (Sở Lao động - Thương binh và Xã hội tỉnh Hưng Yên, 2015: 4-5).

3. Đánh giá của các đối tượng liên quan về những được, mất của mô hình quản lý và điều trị người nghiện ma túy dựa vào cộng đồng và tại cộng đồng ở tỉnh Hưng Yên

Đối tượng đầu tiên được hỏi đó chính là bản thân những người nghiện ma túy hiện nay đang sinh hoạt tại cộng đồng. Cả ba đối tượng được phỏng vấn sâu đều khẳng định rằng, việc họ được sinh hoạt trong cộng đồng là thể hiện “sự tự do” của bản thân: “Em cảm thấy thoải mái khi được tự do trong cộng đồng, được sống gần gũi người thân và tham gia các hoạt động khác nhau” (Nam, 25 tuổi, nghiện ma túy 3 năm). Một người nghiện ma túy khác cũng chia sẻ: “Em nghiện. Em là bệnh nhân. Em muốn được tự do, muốn được điều trị nhưng mọi người thấy em thì họ lảng tránh từ xa” (Nam, 31 tuổi, nghiện gần 5 năm).

Như vậy, ngoài cảm nhận chung về quyền tự do, ngay trong nhóm người nghiện ma túy cũng đã xuất hiện những cảm nhận trái ngược nhau về sự kì thị. Người thứ nhất cảm thấy hoàn toàn tự do và thoải mái khi ở gần người thân và tham gia các hoạt động trong cộng đồng. Trong khi đó, ngoài ước muốn tự do, người thứ hai lại cảm nhận thêm sự kì thị của cộng đồng. Còn người nghiện ma túy thứ ba thì ý thức về quyền bệnh nhân của mình rất rõ: “Em là bệnh nhân thì em có quyền của bệnh nhân. Em muốn điều trị hay không là việc của em” (Nam, 22 tuổi, nghiện ma túy 3 năm).

Khi được hỏi về nguy cơ tái nghiện nếu không được cai nghiện tập trung, người nghiện ma túy thứ ba chia sẻ như sau: “Nếu làm việc gì đó với người thân thì còn được nhắc nhở uống thuốc, còn ngồi nhà một mình không làm gì cả, chúng lại ru...” (Nam, 22 tuổi, nghiện ma túy 3 năm).

Khi tiếp tục phỏng vấn về thái độ của người thân về cuộc sống tự do của người nghiện ma túy tại gia đình và trong cộng đồng, người vợ của người nghiện ma túy thứ nhất đã trả lời như sau: “Tôi vui khi chồng được ở bên cạnh nhưng cũng tìm mọi cách để làm mọi việc cùng chồng, để còn nhắc nhở anh ấy uống thuốc đúng giờ. Tuy nhiên, cứ như vậy thì thu nhập của gia đình tôi giảm hẳn” (Nữ, 23 tuổi, có chồng 25 tuổi, nghiện ma túy 3 năm). Người mẹ của người nghiện ma túy thứ hai tâm sự như sau: “Tôi muốn con tôi ở nhà lắm nhưng nếu thế thì gần như tôi chẳng làm

được gì khác ngoài việc động viên con tôi uống thuốc và theo dõi nó. Nhiều khi tôi nghĩ sao không có trung tâm nào gần nhà để tôi động viên con vào đó mà cai nghiện, mà lao động” (Nữ, 49 tuổi, có con 31 tuổi, nghiện ma túy 5 năm). Suy nghĩ của một người cha có con nghiện ma túy thì lại hoàn toàn khác và rõ ràng hơn: “Thà là cho nó đi cai nghiện tập trung còn có người theo dõi, chăm sóc, giáo dục chứ để nó tự do thế này chúng tôi không biết nó làm gì, ở đâu, với ai [...]. Có khi có người gọi báo cho biết nó đang ở đâu, với ai nhưng thú thực [...] khó biết nó làm gì. Chúng tôi lo!” (Nam, 46 tuổi, có con 22 tuổi, nghiện ma túy 3 năm). Như vậy, người nhà của người nghiện ma túy cũng có những cảm giác, thái độ và nhu cầu trái ngược nhau. Người thân thứ nhất sẵn sàng chấp nhận thu nhập bị giảm để “làm việc” cùng chồng nghiện, có thời gian bên nhau thường xuyên hơn để nhắc nhở chồng cai nghiện. Người thân thứ hai có thái độ do dự, vừa muốn con được tự do sống gần mình lại vừa muốn cho con cai nghiện tập trung nhưng điều kiện gần nhà. Trong khi đó, người thân thứ ba cảm thấy mệt mỏi, lo âu khi thấy con quá tự do, khó kiểm soát và có nhu cầu mạnh mẽ cho con cai nghiện tập trung.

Cảm giác của các gia đình hàng xóm như thế nào khi họ sống gần những người nghiện ma túy? Cả ba đại diện đều có chung những nỗi lo: “Đôi khi thấy chúng vật vờ, gầy còm cũng tội nhưng tôi lo nhiều hơn vì biết đâu đấy, thiếu tiền, chúng lại chôm của nhà mình” (Nam, 58 tuổi, không có con nhỏ, ở cách nhà người nghiện thứ nhất khoảng 30m). Một người hàng xóm khác thì thể hiện nỗi lo nghiêm trọng hơn: “Úi dà! Thương gì chúng nó! Chúng nó tự do đi lại rồi còn rủ con tôi “bập” vào ma túy thì sao? Ai bảo vệ con tôi khi con tôi còn thơ ấu? Tôi thì tôi cấm tuyệt đối con tôi không được bén mảng gần nó” (Nam, 30 tuổi, có con nhỏ 11 tuổi, ở cách nhà người nghiện thứ hai khoảng 50 m). Người hàng xóm thứ ba cũng chia sẻ cảm nhận và thể hiện thái độ gần giống người hàng xóm thứ hai: “Từ khi nó về đây, con tôi bị tôi cấm cửa không được chơi gần nhà. Nếu con tôi muốn đi chơi thì tôi luôn đi cùng hoặc cho đi chơi xa” (Nữ, 37 tuổi, có con nhỏ 10 tuổi, ở cách nhà người nghiện thứ ba khoảng 100 m).

Nhìn chung, cả ba người hàng xóm đều diễn đạt nỗi lo hoặc bị mất cấp hoặc con bị lây nghiện khi người nghiện ma túy sống tự do trong cộng đồng. Thái độ và hành vi của hai người hàng xóm thứ hai và thứ ba trong việc bảo vệ con nhỏ của họ là rất mạnh mẽ và dứt khoát. Một trong ba người ấy còn đề xuất: “Nếu nhà nước coi chúng là bệnh nhân thì nhà nước cũng phải biết rằng, có những bệnh lây nhiễm thì phải nhốt bệnh nhân lại chứ! Không để bệnh loang ra chứ! Cứ để thế bệnh của chúng lan tràn ra cả xã hội à?” (Nữ, 37 tuổi, có con nhỏ 10 tuổi, ở cách nhà người nghiện thứ ba khoảng 100 m).

Đối với đội ngũ chuyên môn y tế chăm sóc người nghiện ma túy, khi hỏi về hoạt động điều trị của họ trong quá trình áp dụng các Nghị định 111/2013/NĐ-CP và 221/2013/NĐ-CP, chúng tôi nhận được gần như cùng một câu trả lời khá điển hình:

“Trước Nghị định 111/2013/NĐ-CP và 221/NĐ-CP, với mô hình quản lý tập trung, chúng tôi còn nắm hồ sơ một cách cụ thể, nắm diễn biến của từng đối tượng người nghiện. Nhưng hiện nay, chỉ khi nào gia đình hoặc người thân gọi thì chúng tôi mới tới để cắt cơn, giải độc. Trong một số trường hợp, cán bộ y tế đến nơi thì quá muộn. Chỉ những người cai tập trung thì còn ổn” (Nam, bác sĩ, 48 tuổi, 11 năm kinh nghiệm). Một y tá cũng phụ họa thêm: “Khi phát thuốc không mất tiền thì họ đến nhận đều đặn nhưng chuyển sang bán thì chả biết đường nào mà lần. Tôi nghe nói, ở nhiều nơi, khi bán thuốc thay thế thì gần như người nghiện không chịu đến mua” (Nữ, y tá, 32 tuổi, 9 năm kinh nghiệm). Một công an xã đã than phiền như sau: “Khổ lắm anh ạ! Từ khi có cái

Nghị định 111/2013/NĐ-CP rồi 221/2013/NĐ-CP, việc đưa một người nghiện ma túy vào cai nghiện tập trung là hết sức dài dòng và phức tạp. Tôi có cảm giác, các Nghị định chỉ tập trung giải quyết quyền cho các đối tượng ấy mà quên quyền của các đối tượng khác. Còn chúng tôi, an ninh trật tự xã hội nói chung vẫn phải đảm bảo” (Nam, 48 tuổi, công an xã, 22 năm kinh nghiệm).

Như vậy, theo đánh giá của các đối tượng liên quan, quản lý và điều trị người nghiện ma túy dựa vào cộng đồng và tại cộng đồng như hiện nay mang lại nhiều nguy cơ, rủi ro và nỗi lo cho xã hội hơn là kết quả tích cực.

Quy chiếu với các chức năng của ba trụ cột lí thuyết nêu trên, kết quả đánh giá cụ thể những được, mất như sau:

Về phía cộng đồng, việc xác định và quản lí ca bệnh gần như bị buông lỏng, không có điều kiện thực hiện: “Gia đình chúng tôi cũng bận làm ăn, thời gian đâu mà theo dõi chúng để báo cho người này, người nọ” (Nữ, 37 tuổi, có con nhỏ 10 tuổi, ở cách nhà người nghiện thứ ba khoảng 100 m). Hoạt động phòng ngừa, chống lây lan bệnh cũng có tính chất cực đoan như cấm con ra khỏi nhà khi con có thời gian rảnh. Do bị kì thị nên người nghiện ma túy cũng thường bị cô lập: “Đính vào tệ nạn này thì có trời mà cứu! Đã thế, tệ nạn này đẻ ra tệ nạn khác! Tránh thì hơn!” (Nam, 58 tuổi, không có con nhỏ, nhà ở cách người nghiện thứ nhất khoảng 30m). Việc hỗ trợ gia đình và người nghiện ma túy tái hòa nhập cộng đồng cũng gặp nhiều khó khăn vì ở giai đoạn kinh tế khó khăn này, bản thân người không nghiện ma túy vẫn còn bị thất nghiệp nhiều: “Anh thấy đấy, thanh niên khỏe mạnh, ngoan hiền còn khó tìm kiếm việc làm hưởng hồ gì mấy người nghiện. Tôi đã nói chuyện với mấy chủ lao động gần đây, họ ngại lắm” (Nam, 52 tuổi, cán bộ xã, 28 năm kinh nghiệm). Hoạt động tư vấn và chăm sóc người nghiện ma túy tại nhà cũng không hề đơn giản: “Khi không lên cơn, nó bình thường mà. Làm sao bảo nó ở nhà được cơ chứ? Thà là nó ốm nằm liệt giường. Đàng này...!” (Nam, 46 tuổi, có con nghiện 3 năm).

Về phía y tế cơ sở/y tế tuyến trên, tuy việc can thiệp ngăn như cắt cơn, giải độc mang lại một số kết quả tích cực nhưng nhìn chung các nhiệm vụ còn lại do UNODC đề xuất đều không thực hiện được. Việc đánh giá tình trạng bệnh của người nghiện chỉ có thể được thực hiện khi người nghiện tự giác đến khám: “Thời gian qua, ai đến khám, uống thuốc thì chúng tôi còn biết tình trạng bệnh còn những ai không đến thì chúng tôi bó tay. Đã thế, số không đến khám bệnh lại nhiều” (Nam, bác sĩ, 48 tuổi, 11 năm kinh nghiệm). Hệ quả tiếp theo là có rất nhiều người bệnh không có kế hoạch điều trị của giới chuyên môn. Còn can thiệp về tâm lí gần như là “giác mơ”: “Đội ngũ cán bộ tâm lí, nói thật nhé, vừa thiếu lại vừa yếu thì hỗ trợ được cái gì? À nói cho đúng thì họ cũng có động viên, an ủi người bệnh” (Nữ, y tá, 32 tuổi, 9 năm kinh nghiệm).

Về phía nhân viên công tác xã hội và các tổ chức xã hội, sự hỗ trợ hòa nhập xã hội trong thời gian rảnh rỗi đối với người nghiện ma túy cũng không mấy hiệu quả vì hầu như chưa có nhân viên công tác xã hội chuyên nghiệp: “Lúc người nghiện rảnh thì họ (những người làm ở tổ chức xã hội - theo tác giả bài viết) không rảnh. Mà nếu có rảnh thì họ cũng hoạt động theo kinh nghiệm và năng lực từng người [...] vừa phải thôi” (Nam, 48 tuổi, bác sĩ, 11 năm kinh nghiệm). Chức năng kết nối với các nguồn lực để quản lí và điều trị người bệnh cũng được thực hiện rất hạn chế: “Có những hỗ trợ thuốc cho người nghiện ma túy, nhưng để tìm các hỗ trợ khác thì các tổ chức xã hội còn hạn chế” (Nam, 52 tuổi, cán bộ xã, 28 năm kinh nghiệm). Hoạt động đào tạo kĩ năng sống cho người nghiện ma túy thì hoàn toàn vắng bóng: “Thú thực với anh, có ai đào tạo kĩ năng sống gì đâu. Sự thực là không ai biết gì về kĩ năng sống để có thể đào tạo” (Nam, 52 tuổi,

cán bộ xã, 28 năm kinh nghiệm). Hoạt động hỗ trợ tạo dựng thu nhập cũng đang dựa vào gia đình là chính, chưa thấy vai trò của tổ chức xã hội: “Cho đến nay, nhà nào có con nghiện thì lo cho con việc làm để chúng khỏi nhàn cư vì bất thiện anh ạ. Thành thạo Hội phụ nữ cũng hỗ trợ chút ít khi có cơ hội” (Nam, 52 tuổi, cán bộ xã, 28 năm kinh nghiệm). Hoạt động hỗ trợ kết nối người bệnh với tổ chức cung cấp tài chính vi mô thì hoàn toàn vắng bóng: “Hội viên phụ nữ nghèo còn khó vay vốn hướng hồ gì mấy người bệnh nghiện. Chẳng có ai dám kết nối họ với ngân hàng chính sách hoặc đối tượng có tiền đâu. Nếu muốn làm ăn thì gia đình họ tự đi vay bà con, họ hàng gì đó” (Nam, 52 tuổi, cán bộ xã, 28 năm kinh nghiệm). Một nhân viên công tác xã hội cũng tự đánh giá vai trò quản lý của mình như sau: “Em tiếp xúc với người nghiện ma túy được hơn ba năm nay. Bây giờ bảo em quản lý họ trong cộng đồng thì em chịu vì chưa được dạy quản lý như thế nào” (Nữ, 28 tuổi, nhân viên công tác xã hội, hơn 3 năm kinh nghiệm).

Nhìn chung, quản lý và điều trị người nghiện ma túy dựa vào cộng đồng và tại cộng đồng đã đạt được một số kết quả tích cực ở cấp độ cá nhân và gia đình người nghiện, cụ thể là họ cảm thấy tự do, được sống gần gũi với người nhà và được quyết định quá trình điều trị của mình. Tuy nhiên, ở cấp độ nhóm và cấp độ thiết chế thì mất mát là chủ yếu: quá trình này gặp rất nhiều khó khăn mà nguyên nhân chính là chưa thực sự kết nối được các thành phần liên quan trong xã hội để thực hiện hoạt động này. Hơn nữa, khi chưa có nhân viên công tác xã hội thực hiện vai trò người kết nối, người điều phối, người tạo điều kiện,... thì một số hoạt động hiện nay đang mang tính đơn lẻ và phiến diện cao. Do vậy, theo nhận định chung của những người có trách nhiệm, nguy cơ tái nghiện gần như 100% đối với người nghiện ma túy không dùng thuốc điều trị thay thế. Sự mâu thuẫn về quyền lợi và quan niệm của các đối tượng tham gia quản lý và điều trị người nghiện ma túy dựa vào cộng đồng và tại cộng đồng là vấn đề nổi bật nhất, đòi hỏi một lối thoát bền vững hơn.

4. Lối ra bền vững cho hoạt động quản lý và điều trị người nghiện ma túy dựa vào cộng đồng

Đứng trước những khó khăn và thách thức của hoạt động quản lý và điều trị người nghiện ma túy dựa vào cộng đồng và tại cộng đồng, chúng tôi đã nêu vấn đề này với các đối tượng được phỏng vấn sâu nêu trên để cùng nhau tìm giải pháp. Kết quả chính thu được như sau:

Về phía người nghiện ma túy, họ sẵn sàng tham gia điều trị tập trung nhưng kèm theo điều kiện: “Em cũng không muốn làm khổ gia đình nữa. Em muốn vào cai nghiện tập trung nhưng cho em về thăm bố mẹ thật đều đặn” (Nam, 22 tuổi, nghiện ma túy 3 năm). Một người nghiện ma túy khác cũng sẵn sàng cai nghiện nhưng điều kiện lại khác: “Vào cai nghiện mà được làm gì đó tạo thu nhập đỡ cho vợ con thì em cũng sẵn sàng mặc dù ở ngoài sướng hơn” (Nam, 25 tuổi, nghiện ma túy 3 năm).

Về phía gia đình, cả ba đại diện đều mong muốn người thân được điều trị bền vững tại trung tâm. Người vợ của người nghiện ma túy thứ nhất chia sẻ: “Mặc dù chồng ở bên cạnh thì sướng nhưng trong thâm tâm em vẫn lo [...]. Lỡ ra chồng quên dùng thuốc và bị rú sử dụng lại [...] thì khổ lắm. Em cũng sẽ động viên chồng đi cai nghiện. Em sẽ vào thăm đều đặn hoặc trung tâm cho anh ấy thỉnh thoảng về với em” (Nữ, 23 tuổi, có chồng nghiện ma túy 3 năm).

Về phía chính quyền, người cán bộ xã với 28 năm kinh nghiệm đã thể hiện mong muốn của mình rất rõ ràng, đồng thời phê phán mô hình quản lý và điều trị cai nghiện hiện nay: “Tại sao không lập nhiều trung tâm cai nghiện gần nhà hoặc mấy xã gần nhau lại lập một trung tâm cai

nghiện để họ vừa được cai nghiện vừa được thăm hỏi hoặc được về thăm nhà thường xuyên hơn? Tại sao không cấp cho họ nhiều đất sản xuất hơn? Làm được như vậy là có tổ chức. Tôi nói thật nhé, mô hình quản lý và điều trị người nghiện ma túy đối với những người thuộc diện bắt buộc như hiện nay vẫn được hiểu như một “trại tập trung kiểu mới”, người ta không vào là phải” (Nam, cán bộ xã, 52 tuổi, 28 năm kinh nghiệm).

Ý tưởng này cũng được cộng đồng chia sẻ: “Cứ cho họ cai nghiện với nhau, làm việc với nhau rồi khi thả họ ra thì báo cho cộng đồng biết. Cấp đất cho họ lao động thật nhiều để họ lao động và sống thoải mái trong đó là chủ yếu” (Nữ, 37 tuổi, có con nhỏ 10 tuổi, ở cách người nghiện ma túy thứ ba khoảng 100 m). Một đại diện chuyên môn y tế cũng rất đồng tình với biện pháp này: “Quyền đâu chả biết nhưng nếu tập trung họ lại trong một không gian thật rộng thì chúng tôi điều trị chắc chắn hiệu quả hơn bởi vì, anh thấy đấy, bác sĩ gia đình ở đây còn hiếm huống hồ gì len lỏi vào trong cộng đồng chỉ để điều trị cho những người nghiện ma túy rải rác, nay đây mai đó. Thực chất, họ đang mất quyền điều trị của mình thì đúng hơn anh ạ” (Nam, 48 tuổi, bác sĩ, 11 năm kinh nghiệm). Người công an xã cũng ủng hộ nhiệt tình biện pháp cai nghiện tập trung gần nhà kèm theo lao động: “Cho họ cai nghiện tập trung gần nhà là tốt nhất. Như vậy, họ cũng thoải mái và chúng tôi cũng thoải mái để đỡ phải đi giải quyết những tệ nạn do họ gây ra như trong thời gian qua” (Nam, 48 tuổi, công an xã, 28 năm kinh nghiệm).

Kết luận

Quản lý và điều trị người nghiện ma túy dựa vào cộng đồng và tại cộng đồng như hiện nay có những được, mất như sau:

Ở cấp độ cá nhân người nghiện ma túy, họ cảm nhận được đầy đủ hơn về “quyền người bệnh” của mình được sống và được làm việc tự do tại cộng đồng. Do vậy, mặc dù vẫn còn những sự kỳ thị nhưng về lâu dài, khi cộng đồng “quen hơn” và “bình thường hóa” sự hiện diện của họ trong cộng đồng thì sự cảm nhận bị kỳ thị của họ cũng có khả năng giảm dần.

Ở cấp độ gia đình của người nghiện ma túy, quản lý và điều trị người nghiện ma túy dựa vào cộng đồng và tại cộng đồng đã chia rẽ những phần được và mất thành hai phần rõ nét. Nếu như gia đình, người thân cảm thấy có sự hiện hữu thường trực của người nghiện ma túy tại nhà riêng thì những chi phí về thời gian, công sức theo dõi đối tượng này tăng lên trong khi lao động, việc làm và thu nhập của gia đình có xu hướng giảm.

Ở cấp độ cộng đồng, có thể kết luận rằng hầu như chỉ có những cái mất mà không có cái được bởi vì dường như sự tập trung thái quá vào quyền của người nghiện ma túy với tư cách là người bệnh vô hình dung đã tạo ra một nỗi lo cho cộng đồng về sự “lây lan của bệnh” và làm cho các nhóm xã hội yếu thế khác trong cộng đồng bị rơi vào quên lãng mặc dù họ cũng rất cần được bảo vệ, nhất là trẻ em - đối tượng đồng đảo và là tương lai của xã hội.

Về biện pháp lâu dài, những người áp dụng mô hình “dựa vào cộng đồng” cần được hiểu theo năm cách tiếp cận khác nhau của Kruger (1990: 7 - 15), để trên cơ sở ấy, tìm kiếm một cách tiếp cận phù hợp nhất với bối cảnh của tỉnh Hưng Yên nói riêng và của Việt Nam nói chung. Theo chúng tôi, “dựa vào cộng đồng” trong những điều kiện của tỉnh Hưng Yên cần được hiểu là dựa vào nhóm chức năng nòng cốt (“essentially fonctionnal group”) để tập trung người nghiện ma túy trong một không gian rộng hơn với các điều kiện liên hệ với bên ngoài thoải mái hơn. Cách tiếp cận này cho phép quy tụ người nghiện ma túy gần gũi với nhóm chức năng nòng cốt nắm giữ các loại nguồn lực. Tuy nhiên, sự quay trở lại với kiểu “trại tập trung cai nghiện” như trước khi ra đời

các Nghị định 111/NĐ-CP và 221/NĐ-CP chắc chắn là điều tối kị. Vì vậy, một mô thức quản lí và điều trị người nghiện ma túy dựa vào cộng đồng theo nghĩa là tổ chức quản lí và cai nghiện bán tập trung gần gũi và thân thiện hơn với người nghiện ma túy cũng như người nhà của họ là cần thiết. Để thực hiện được mô thức “dựa vào cộng đồng” trên cơ sở dựa vào nhóm chức năng nòng cốt, những người nắm giữ quỹ - nhất là quỹ đất sản xuất - cần dừng cảm xác định những nguồn lực đất đai có thể cung cấp được cho người nghiện ma túy trong độ tuổi lao động để khuyến khích họ tham gia lao động, tạo nguồn thu nhập cho bản thân và gia đình. Tại các không gian “quản lí và điều trị” người nghiện ma túy ấy, nhóm chức năng nòng cốt tập trung được nguồn lực của mình để hoàn thành các nhiệm vụ của ba trụ cột được UNODC nêu ra. Bên cạnh đó, việc truyền thông cho cộng đồng những thời điểm người nghiện ma túy được hoàn toàn tự do cũng rất cần thiết khi tính đến quyền lợi của các nhóm xã hội yếu thế khác.

Mô hình quản lí và điều trị người nghiện ma túy dựa vào cộng đồng như đề xuất ở đây có tính chất “bán tập trung/bán tự do”, “bán cưỡng chế/bán tự nguyện” rất cần thiết trong giai đoạn này - giai đoạn mà các điều kiện để thực hiện mô hình ba trụ cột về quản lí và điều trị người nghiện ma túy dựa vào cộng đồng và ngay tại cộng đồng do UNODC đề xuất chưa được hội tụ đầy đủ và chín muồi.

Những kết quả của nghiên cứu định tính này chỉ có tính chất khám phá. Một mô hình quản lí và điều trị người nghiện ma túy dựa vào cộng đồng “bán tập trung/bán tự do”, “bán cưỡng chế/bán tự nguyện” chỉ thành công sau khi có khảo sát định lượng trên diện rộng những nội dung phân tích trên đây, đồng thời phải được “thử nghiệm”.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ Y tế, Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội, Bộ Công an (2015), Thông tư liên tịch số 17/2015/TTLT - BYT - BLĐ - TB&XH – BCA, ngày 9/7/2015, quy định thẩm quyền, thủ tục và quy trình xác định tình trạng nghiện ma túy.
2. Chính phủ nước Cộng hòa xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (2010), Nghị định số 94/2010/NĐ-CP ngày 9/9/2010, quy định việc tổ chức cai nghiện ma túy tại gia đình, cai nghiện ma túy tại cộng đồng.
3. Chính phủ nước Cộng hòa xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (2013). Nghị định số 81/2013/NĐ-CP, ngày 19/7/2013, quy định chi tiết một số điều và biện pháp thi hành Luật xử lí vi phạm hành chính.
4. Chính phủ nước Cộng hòa xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (2013), Nghị định số 111/2013/NĐ-CP ngày 30/9/2013 quy định áp dụng biện pháp xử lí hành chính, giáo dục người nghiện ma túy tại xã, phường và thị trấn.
5. Chính phủ nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam (2013), Nghị định số 221/NĐ-CP, ngày 30/12/2013, quy định chế độ áp dụng biện pháp xử lí hành chính đưa vào cơ sở cai nghiện bắt buộc.
6. Kruger Angelika (1990), *Community education in the Western World*, Nxb. Routledge, London.
7. Sở Lao động - Thương binh và Xã hội tỉnh Hưng Yên, “*Kết quả thực hiện công tác phòng chống tệ nạn xã hội năm 2015 và đề xuất chương trình công tác 2016*”, số 1398/BC-LĐT BXH, ngày 14/12/2015.
8. UNODC - WHO (2014), *Điều trị và chăm sóc người sử dụng và lệ thuộc vào ma túy dựa vào*

cộng đồng - Thông tin tóm tắt cho khu vực Đông Nam Á,

http://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/cbtx/cbtx_brief_VN.pdf.

9. Trịnh Văn Tùng (2016), *Thiết kế một can thiệp công tác xã hội* (tập bài giảng đã được Hội đồng khoa học nghiệm thu và được phép phát triển thành giáo trình) tại Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, Đại học Quốc gia Hà Nội, 7/2016.