

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y TẾ CÔNG CỘNG

Nguyễn Việt Nga

**HIỆU QUẢ MÔ HÌNH CAN THIỆP
XÉT NGHIỆM KHÁNG ĐỊNH HIV TẠI 05 HUYỆN MIỀN NÚI
PHÍA BẮC VIỆT NAM, NĂM 2015-2016**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

MÃ SỐ CHUYÊN NGÀNH: 62.72.03.01

Hà Nội – Năm 2021

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y TẾ CÔNG CỘNG

Nguyễn Việt Nga

**HIỆU QUẢ MÔ HÌNH CAN THIỆP
XÉT NGHIỆM KHÁNG ĐỊNH HIV TẠI 05 HUYỆN MIỀN NÚI
PHÍA BẮC VIỆT NAM, NĂM 2015-2016**

Chuyên ngành: Y tế công cộng

Mã số: 62.72.03.01

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC:

- 1. PGS. TS. Hồ Thị Hiền**
- 2. GS. TS. Nguyễn Thanh Long**

Hà Nội – Năm 2021

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan công trình nghiên cứu “**Hiệu quả mô hình can thiệp xét nghiệm khẳng định HIV tại 05 huyện miền núi phía Bắc Việt Nam, năm 2015-2016**” là của Tôi, cùng với sự hỗ trợ của các chuyên gia nghiên cứu từ Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Trường Đại học Y tế công cộng và các đơn vị có liên quan trong việc triển khai mô hình can thiệp tại tuyến huyện.

Các số liệu, kết quả nêu trong luận án là trung thực và chưa được công bố trong bất kỳ một công trình nào khác.

Nghiên cứu sinh

Nguyễn Việt Nga

LỜI CẢM ƠN

Tôi xin trân trọng bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc và cảm ơn chân thành tới GS.TS. Nguyễn Thanh Long, PGS. TS. Hồ Thị Hiền, là những thầy, cô có nhiều kiến thức, giàu kinh nghiệm và đã tận tình giảng dạy, hướng dẫn tôi trong suốt quá trình học tập, thực hiện đề tài cũng như hoàn thành luận án.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc đến Ban Giám hiệu, Phòng Đào tạo Sau đại học, các Bộ môn, khoa phòng Trường Đại học Y tế công cộng đã luôn tạo điều kiện và giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập, thực hiện và hoàn thành luận án của mình.

Tôi xin chân thành cảm ơn tập thể Lãnh đạo và các đồng nghiệp, Cục Phòng chống HIV/AIDS, Bộ Y tế, tập thể Lãnh đạo, cán bộ các Trung tâm PC HIV/AIDS các tỉnh Thanh Hóa, Điện Biên, Sơn La và Tập thể Lãnh đạo, cán bộ các Trung tâm Y tế huyện Điện Biên, Tuần Giáo, Mường Lát, Quan Hóa, Mộc Châu đã tạo điều kiện, hỗ trợ nhiệt tình cho tôi thực hiện, hoàn thành nghiên cứu quan trọng này.

Tôi xin được trân trọng cảm ơn TS. Bùi Thu Hiền, Chuyên gia của Tổ chức CDC, TS. Nguyễn Thị Thúy Vân, Chuyên gia của Tổ chức Y tế thế giới tại Việt Nam, TS. Phạm Hồng Thắng, ThS. Hoàng Thị Hồng Hà, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, PGS.TS. Trương Xuân Liên, TS. Trần Tôn, Viện Pasteur TP. Hồ Chí Minh và các Anh/Chị em chuyên gia về các ý kiến đóng góp trong lĩnh vực nghiên cứu mô hình xét nghiệm khẳng định HIV tuyến huyện.

Sau cùng, tôi xin cảm ơn bố, mẹ, chồng và các con, anh chị em và những người thân trong gia đình, bạn bè đã hết lòng ủng hộ, động viên tôi trong suốt quá trình học tập, là động lực giúp tôi vượt qua những khó khăn để đạt hoàn thành khóa học và luận án.

Nghiên cứu sinh

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
MỤC TIÊU.....	3
Chương 1.....	4
TỔNG QUAN TÀI LIỆU	4
1. 1. Xét nghiệm HIV	4
1.1.1. Khái niệm.....	4
1.1.2. Phương pháp	4
1.1.3. Chiến lược.....	5
1.1.4. Sinh phẩm, phương cách	5
1.1.5. Các hình thức, mô hình cung cấp xét nghiệm HIV	5
1.2. Tiếp cận, sử dụng xét nghiệm HIV	10
1.2.1. Quá trình tiếp cận, sử dụng.....	10
1.2.2. Thực trạng tiếp cận, sử dụng xét nghiệm HIV	11
1.2.3. Các yếu tố ảnh hưởng	22
1.3. Mô hình xét nghiệm HIV trong nghiên cứu.....	25
1.3.1. Khái niệm POCT	25
1.3.2. Hình thức và ứng dụng POCT trong xét nghiệm HIV.....	25
1.3.3. Đặc điểm của POCT HIV	25
1.3.4. Đảm bảo chất lượng POCT HIV	26
1.3.5. Mô hình POCT HIV được ưa thích và chấp nhận sử dụng	28
1.4. Đánh giá hiệu quả can thiệp POCT HIV.....	29
1.4.1. Hiệu quả chương trình	29
1.4.2. Hiệu quả kinh tế.....	35
1.4.3. Một số hiệu quả khác	37
1.5. Khung lý thuyết.....	38
1.6. Địa bàn nghiên cứu	40
Chương 2.....	42
ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	42
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	42
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.....	42
2.3. Thiết kế nghiên cứu.....	43
2.4. Xây dựng và can thiệp mô hình	45
2.4.1. Thiết kế và xây dựng mô hình	45
2.4.2. Triển khai can thiệp	47
2.5. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu.....	49
2.5.1. Nghiên cứu định lượng	49
2.5.2. Nghiên cứu định tính	49
2.6. Phương pháp thu thập số liệu/thông tin	51
2.6.1. Công cụ thu thập dữ liệu.....	51
2.6.2. Quy trình thu thập số liệu và khống chế sai số.....	51
2.7. Các biến số/chỉ số/chủ đề nghiên cứu	53
2.7.1. Các biến số nghiên cứu.....	53
2.7.2. Nhóm chỉ số/chủ đề cho mục tiêu 1.....	54

2.7.3. Nhóm chỉ số/chủ đề cho mục tiêu 2.....	57
2.8. Các khái niệm, thước đo, tiêu chuẩn đánh giá	58
2.8.1. Khái niệm áp dụng cho khách hàng xét nghiệm HIV.....	58
2.8.2. Thước đo đánh giá hiệu quả	58
2.9. Phương pháp thu thập, phân tích số liệu	60
2.9.1. Số liệu định lượng.....	60
2.9.2. Dữ liệu định tính	61
2.9.3. Quản lý số liệu và kết quả nghiên cứu.....	61
2.10. Đạo đức của nghiên cứu.....	62
Chương 3.....	63
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	63
3.1. Đặc điểm khách hàng tham gia nghiên cứu	63
3.1.1. Đặc điểm khách hàng xét nghiệm HIV	63
3.1.2. Đặc điểm khách hàng nhiễm HIV	65
3.1.3. Mối liên quan giữa đặc điểm khách hàng và tình trạng HIV	67
3.2. Thực trạng, các yếu tố liên quan hoạt động xét nghiệm HIV (SLab)	69
3.2.1. Thực trạng hoạt động xét nghiệm HIV theo mô hình Slab	69
3.2.2. Mối liên quan giữa đặc điểm khách hàng và xét nghiệm HIV	77
3.2.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến xét nghiệm HIV	83
3.3. Hiệu quả, tính khả thi của mô hình can thiệp.....	96
3.3.1. Kết quả, hiệu quả mô hình xét nghiệm POCT khẳng định HIV.....	96
3.3.2. Đánh giá tính khả thi của mô hình can thiệp	112
Chương 4.....	138
BÀN LUẬN	138
4.1. Đặc điểm đối tượng tham gia nghiên cứu	138
4.1.1. Đặc điểm chung khách hàng xét nghiệm.....	138
4.1.2. Thực trạng nhiễm HIV trong nhóm khách hàng và các mối liên quan ..	139
4.2. Thực trạng, các yếu tố liên quan hoạt động xét nghiệm (mô hình SLab).....	142
4.2.1. Thực trạng hoạt động xét nghiệm HIV trước can thiệp.....	142
4.2.2. Các yếu tố liên quan đến hoạt động xét nghiệm HIV.....	147
4.3. Hiệu quả, tính khả thi của mô hình can thiệp.....	148
4.3.1. Hiệu quả mô hình POCT khẳng định HIV	148
4.3.2. Đánh giá tính khả thi và khả năng ứng dụng mô hình can thiệp	158
4.4. Một số hạn chế của nghiên cứu.....	166
4.5. Một số điểm mới và gợi mở của nghiên cứu	167
KẾT LUẬN	169
5.1. Đặc điểm khách hàng tham gia nghiên cứu	169
5.2. Thực trạng, các yếu tố liên quan hoạt động xét nghiệm HIV (SLab).....	169
5.3. Hiệu quả, tính khả thi của mô hình can thiệp.....	170
KHUYẾN NGHỊ.....	172
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH CÔNG BỐ KẾT QUẢ.....	173
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	174
PHỤ LỤC.....	190

DANH MỤC CÁC SƠ ĐỒ

Sơ đồ 1. 1. Mô hình tư vấn xét nghiệm HIV.....	6
Sơ đồ 1. 2. Quy trình liên kết tới chăm sóc, dự phòng, điều trị.....	10
Sơ đồ 1. 3. Khung theo dõi đa bậc tiếp cận, sử dụng xét nghiệm.....	11
Sơ đồ 1. 4. Tỷ lệ xét nghiệm HIV muộn trên Thế giới.....	15
Sơ đồ 1. 5. Tỷ lệ xét nghiệm HIV muộn tại Việt Nam.....	20
Sơ đồ 1. 6. Tỷ lệ liên kết tới chăm sóc sau xét nghiệm HIV tại Việt Nam.....	21
Sơ đồ 1. 7. Tỷ lệ kết nối điều trị ARV sau xét nghiệm HIV tại Việt Nam.....	21
Sơ đồ 1. 8. Yếu tố liên quan đến mô hình xét nghiệm ưa thích.....	24
Sơ đồ 1. 9. Đảm bảo chất lượng POCT HIV.....	26
Sơ đồ 1. 10. Khung lý thuyết các yếu tố ảnh hưởng tiếp cận, sử dụng XN HIV.....	38
Sơ đồ 1. 11. Khung lý thuyết đánh giá hiệu quả mô hình POCT KĐ HIV.....	39
Sơ đồ 2. 1. Thiết kế nghiên cứu.....	44
Sơ đồ 2. 2. Đặc điểm 2 mô hình cung cấp xét nghiệm khẳng định HIV.....	45
Sơ đồ 2. 3. Chẩn đoán nhiễm HIV theo Chiến lược III.....	48
Sơ đồ 2. 4. Sơ đồ nghiên cứu.....	50
Sơ đồ 2. 5. Quy trình xử lý hoàn thiện thông tin khách hàng xét nghiệm HIV.....	52
Sơ đồ 2. 6. Tính chi phí theo phương pháp phân bổ.....	59
Sơ đồ 3. 1. Theo dõi đa bậc thực trạng tiếp cận sử dụng dịch vụ HIV.....	75

DANH MỤC BẢNG BIỂU

Bảng 1. 1. Mức độ tiếp cận, sử dụng xét nghiệm HIV trên thế giới	12
Bảng 1. 2. Tỷ lệ kết nối chăm sóc/điều trị sau xét nghiệm trên thế giới.....	16
Bảng 1. 3. Mức độ tiếp cận sử dụng xét nghiệm tại Việt Nam.....	17
Bảng 2. 1. Tổng hợp thời gian nghiên cứu.....	43
Bảng 3. 1. Đặc điểm nhân khẩu học khách hàng xét nghiệm HIV	63
Bảng 3. 2. Đặc điểm yếu tố/hành vi nguy cơ của khách hàng xét nghiệm HIV	64
Bảng 3. 3. Đặc điểm nhân khẩu học của khách hàng nhiễm HIV	65
Bảng 3. 4. Đặc điểm yếu tố/hành vi nguy cơ của khách hàng nhiễm HIV	66
Bảng 3. 5. Mối liên quan giữa các đặc điểm chung tới kết quả xét nghiệm	67
Bảng 3. 6. Mối liên quan các yếu tố/hành vi nguy cơ tới kết quả xét nghiệm.....	68
Bảng 3. 7. Phân bố nguồn khách hàng đến xét nghiệm	70
Bảng 3. 8. Kết quả xét nghiệm sàng lọc, khẳng định HIV	71
Bảng 3. 9. Mô tả giai đoạn nhiễm HIV khi xét nghiệm phát hiện	72
Bảng 3. 10. Mô tả thực trạng nhận kết quả xét nghiệm HIV	73
Bảng 3. 11. Mô tả thực trạng kết nối điều trị ARV của khách hàng dương tính	73
Bảng 3. 12. Mô tả giai đoạn mất dấu/tử vong của khách hàng dương tính	74
Bảng 3. 13. Mô tả kết quả chuyển gửi của khách hàng dương tính.....	74
Bảng 3. 14. Mô tả thời gian chờ nhận kết quả xét nghiệm HIV	75
Bảng 3. 15. Mô tả thời gian chờ nhận kết quả HIV dương tính.....	76
Bảng 3. 16. Mô tả thời gian chờ điều trị ARV	76
Bảng 3. 17. Mối liên quan giữa các đặc điểm chung và giai đoạn phát hiện HIV ...	77
Bảng 3. 18. Mối liên quan giữa yếu tố/hành vi nguy cơ tới giai đoạn phát hiện.....	78
Bảng 3. 19. Mối liên quan giữa đặc điểm chung tới kết nối điều trị ARV	79
Bảng 3. 20. Mối liên quan giữa yếu tố/hành vi nguy cơ tới kết nối điều trị ARV....	80
Bảng 3. 21. Mối liên quan giữa đặc điểm chung tới kết quả chuyển gửi	81
Bảng 3. 22. Mối liên quan giữa yếu tố/hành vi nguy cơ tới kết quả chuyển gửi.....	82
Bảng 3. 23. So sánh mức độ tiếp cận khách hàng xét nghiệm theo địa bàn	96
Bảng 3. 24. So sánh mức độ tiếp cận khách hàng xét nghiệm theo giới.....	97

Bảng 3. 25. So sánh mức độ tiếp cận khách hàng xét nghiệm theo nhóm tuổi	97
Bảng 3. 26. So sánh mức độ tiếp cận khách hàng xét nghiệm theo nguy cơ.....	98
Bảng 3. 27. So sánh mức độ tiếp cận khách hàng theo nguy cơ chi tiết.....	98
Bảng 3. 28. So sánh nguồn tiếp cận khách hàng xét nghiệm HIV.....	99
Bảng 3. 29. So sánh kết quả phát hiện HIV ở nhóm khách hàng chung.....	99
Bảng 3. 30. So sánh kết quả phát hiện HIV ở nhóm có nguy cơ	100
Bảng 3. 31. So sánh kết quả phát hiện HIV ở nhóm không có nguy cơ	100
Bảng 3. 32. So sánh kết quả phát hiện giai đoạn nhiễm HIV	101
Bảng 3. 33. So sánh chỉ số CD4 trung bình của khách hàng dương tính.....	101
Bảng 3. 34. So sánh chỉ số CD4 trung bình của khách hàng dương tính.....	102
Bảng 3. 35. So sánh giai đoạn lâm sàng lúc phát hiện HIV	102
Bảng 3. 36. So sánh tỷ lệ nhận KQXN của khách hàng dương tính.....	103
Bảng 3. 37. So sánh số ngày trung bình từ khi lấy mẫu đến khi nhận kết quả	103
Bảng 3. 38. So sánh hiệu quả thời gian trong trả kết quả xét nghiệm chung.....	104
Bảng 3. 39. So sánh hiệu quả thời gian trong trả kết quả HIV dương tính.....	104
Bảng 3. 40. So sánh hiệu quả kết nối điều trị ARV của khách hàng dương tính....	105
Bảng 3. 41. So sánh số ngày trung bình chờ được điều trị ARV sau nhận KQXN	105
Bảng 3. 42. So sánh hiệu quả trong thời gian kết nối điều trị ARV	106
Bảng 3. 43. So sánh kết quả chuyển gửi của khách hàng xét nghiệm chung	107
Bảng 3. 44. So sánh kết quả chuyển gửi của khách hàng xét nghiệm âm tính	107
Bảng 3. 45. So sánh kết quả chuyển gửi của khách hàng xét nghiệm dương tính..	107
Bảng 3. 46. So sánh hiệu quả chung giữa 2 mô hình.....	108
Bảng 3. 47. Hiệu quả của mô hình POCT.....	108
Bảng 3. 48. Hiệu quả của mô hình POCT theo từng yếu tố/hành vi nguy cơ.....	109
Bảng 3. 49. So sánh các loại chi phí trước và sau can thiệp	110
Bảng 3. 50. So sánh chi phí thành phần trước và sau can thiệp.....	110
Bảng 3. 51. So sánh chi phí cho một trường hợp xét nghiệm HIV.....	111
Bảng 3. 52. So sánh chi phí cho một trường hợp phát hiện dương tính HIV	111

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

ADN	Acid Deoxyribo Nucleic
AIDS	Acquired immunodeficiency syndrome - Hội chứng suy giảm miễn dịch
ARV	Antiretroviral - Thuốc kháng vi rút
BYT	Bộ Y Tế
CBO	Community based organization - Trung tâm hỗ trợ cộng đồng
CBYT	Cán bộ y tế
CDC	Trung tâm kiểm soát bệnh tật
CSXN	Cơ sở xét nghiệm
CSYT	Cơ sở y tế
CSHQ	Chỉ số hiệu quả
DBS	Giọt máu khô/Dry blood spot
EIA	Enzyme Immuno Assay - Xét nghiệm miễn dịch huỳnh quang đánh dấu
EID	Early Infective Diagnosis - Chẩn đoán sớm
ELISA	Enzyme-linked immunosorbent assay - Kỹ thuật xét nghiệm miễn dịch gắn men
EQA	External quality assessment - Chương trình kiểm soát chất lượng từ bên ngoài
FSW/PNBD	Female sex worker – Phụ nữ bán dâm
GBM	Bisexual and other men who have sex with men – Người quan hệ tình dục đồng giới và lưỡng tính với MSM
HIV	Human Immunodeficiency Virus – Vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người
HTC	HIV Testing Counseling – Tư vấn xét nghiệm HIV
HTS	HIV Testing Services – Dịch vụ xét nghiệm HIV
ISO	International Standard Organization Tổ chức công nhận tiêu chuẩn quốc tế
KH	Khách hàng/bệnh nhân đến xét nghiệm
KQXN	Kết quả xét nghiệm
LCT	Link Care and Treatment – Liên kết tới chăm sóc và điều trị
LTC	Link to Care – Liên kết tới chăm sóc
LP	Late Presenter - Chẩn đoán muộn
LPAD	Late Presenter Advance - Chẩn đoán rất muộn
MMT	Methadone Maintenance therapy - Chương trình điều trị nghiện thuốc phiện bằng Methadone
MSM	Men who have sex with men – Nam quan hệ tình dục đồng giới
MT	Mobie Testing - Xét nghiệm lưu động
NCMT	Nghiện chích ma túy
NGO	Non Government Organization - Tổ chức phi chính phủ
OPC	Cơ sở chăm sóc điều trị HIV/AIDS

PEP	Post - Exposure prophylaxis - Dự phòng sau phơi nhiễm
PEPFAR	United States President's Emergency Plan for AIDS Relief - Quỹ phòng chống khẩn cấp về AIDS của Tổng thống Mỹ
PICT	Provider Initiated HIV testing and counseling in Health Facilities - Tư vấn xét nghiệm HIV do cán bộ y tế đề xuất
PKCC	Phòng khám cấp cứu
PLWHIV	People living with HIV - Người nhiễm HIV
PNMT	Phụ nữ mang thai
POC	Point of Care - Điểm chăm sóc và điều trị
POCT	Point of Care Testing - Xét nghiệm tại điểm chăm sóc và điều trị
POCT HIV	Point of Care testing HIV - Xét nghiệm HIV tại điểm chăm sóc và điều trị
PPNC	Phương pháp nghiên cứu
PrEP	Pre-Exposure prophylaxis - Dự phòng trước phơi nhiễm
PVS	Phỏng vấn sâu
PWID/NCMT	People Who Inject Drugs - Người tiêm chích ma túy
QHTDKAT	Quan hệ tình dục không an toàn
QHTDKG	Quan hệ tình dục khác giới
RNA	Ribonucleic Acid
RT	Rapid Test - Sinh phẩm xét nghiệm nhanh
RTA	Rapid HIV Testing Algorithm - Phương cách xét nghiệm sinh phẩm nhanh
Se	Sensitivity - Độ nhạy
SLab	Standard Laboratory - Phòng xét nghiệm chuẩn thức
SOP	Standard Operating Procedure - Quy trình thực hành chuẩn
Sp	Specificity - Độ đặc hiệu
ST	Self Testing - Tự xét nghiệm
STI	Sexually Transmitted Infections - Các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục
TCCĐ	Tiếp cận cộng đồng
TG	Transferens Gender - Người chuyển giới
TTB	Trang thiết bị
TVXN	Tư vấn xét nghiệm
TW	Transgender Women - Người chuyển giới nữ
VAAC	Vietnam Administration of HIV/AIDS Control - Cục Phòng, chống HIV/AIDS
VCT	Voluntee Couseling Testing - Tư vấn xét nghiệm HIV tự nguyện
VRL	Viral Load - Tải lượng HIV
WHO/TTYTTG	World Health Organization - Tổ chức Y tế thế giới
XN	Testing/xét nghiệm
XNKĐ	Xét nghiệm khẳng định
XNSL	Xét nghiệm sàng lọc

TÓM TẮT LUẬN ÁN

Xét nghiệm HIV tại điểm chăm sóc và điều trị (POCT- Point of Care Testing) để chẩn đoán HIV là mô hình xét nghiệm sử dụng phương cách kết hợp 3 sinh phẩm nhanh tại cơ sở y tế tuyến huyện nhằm cung cấp xét nghiệm nhanh, chính xác, dễ tiếp cận để tăng hiệu quả xét nghiệm tại các khu vực đi lại khó khăn, điều kiện tiếp cận các dịch vụ y tế còn hạn chế.

Kỹ thuật POCT đầu tiên là xét nghiệm đo đường máu vào thập niên 1962, sau đó được sử dụng cho nhiều loại xét nghiệm khác nhau nhưng chưa được phát triển rộng rãi. Năm 2002, sinh phẩm nhanh xét nghiệm HIV bắt đầu được các nước phê duyệt sử dụng; năm 2005, Tổ chức Y tế Thế giới mới khuyến cáo và hướng dẫn sử dụng trên thực địa để sàng lọc HIV, nhưng do hạn chế về chất lượng sinh phẩm, kiểm soát đảm bảo chất lượng và yêu cầu mức độ thận trọng với kết quả xét nghiệm HIV nên chưa dùng để khẳng định HIV. Đến năm 2007, mô hình POCT HIV đã bắt đầu được áp dụng để sàng lọc HIV, kết quả phản ứng dương tính mang tính chất gợi ý ban đầu và kết quả khẳng định vẫn phải đợi từ phòng xét nghiệm chuẩn thức. Mô hình này dần được mở rộng sang các nước đang phát triển, nước có dịch cao như khu vực Châu Phi, Châu Á nơi nguồn lực hạn chế.

Điện Biên, Sơn La, Thanh Hóa là 3 tỉnh trọng điểm dịch HIV/AIDS tại Việt Nam, số ca nhiễm mới HIV phát hiện trung bình hằng năm cao hơn 200 trường hợp, thuộc 20 tỉnh có số nhiễm mới cao nhất cả nước. Đây cũng là các tỉnh có địa bàn trải rộng, nhiều huyện miền núi đi lại khó khăn, đa dạng nhiều văn hóa sắc tộc nên có nhiều nguy cơ lây nhiễm và ảnh hưởng khó lường đến diễn biến của dịch, việc tiếp cận, sử dụng các dịch vụ y tế khó khăn kể cả các dịch vụ về HIV. Chỉ có khoảng 1/2 số người nhiễm HIV được phát hiện, được tiếp cận với điều trị ARV: Tỷ lệ người nhiễm HIV được phát hiện còn hạn chế chỉ chiếm 49,79% ở Điện Biên, 56,35% ở Sơn La và 49,85% ở Thanh Hóa; Tỷ lệ bệnh nhân HIV phát hiện được tiếp cận với điều trị ARV thấp 61,99% ở Điện Biên, 39,52% ở Sơn La và 48,66% ở Thanh Hóa. 05 huyện gồm: Tuần Giáo, huyện Điện Biên của Điện Biên, Quan Hóa,

Mường Lát của Thanh Hóa, Mộc Châu của Sơn La là các huyện miền núi, xa xôi, khó tiếp cận với dịch vụ y tế, điểm nóng và tiềm ẩn nhiều nguy cơ về dịch HIV.

Với mục đích tìm ra các giải pháp tăng cường việc tiếp cận, sử dụng xét nghiệm HIV phù hợp hiệu quả. Mô hình can thiệp POCT khẳng định HIV ở tuyến huyện giúp hỗ trợ cho mô hình xét nghiệm HIV khẳng định HIV bằng kỹ thuật miễn dịch (Standard laboratory – SLab) tại tỉnh/thành phố để cung cấp xét nghiệm HIV nhanh, kịp thời, chính xác và dễ tiếp cận cho các khu vực và đối tượng khó tiếp cận dịch vụ y tế. Trên cơ sở đó, nghiên cứu đánh giá can thiệp **“Hiệu quả mô hình can thiệp xét nghiệm khẳng định HIV tại 05 huyện miền núi phía Bắc Việt Nam, năm 2015-2016”** được thực hiện với 2 mục tiêu: 1/ Mô tả thực trạng và các yếu tố ảnh hưởng hoạt động xét nghiệm HIV theo mô hình chuẩn thức (mô hình SLab) tại 5 huyện miền núi (huyện Điện Biên, Tuần Giáo, Mộc Châu, Quan Hóa, Mường Lát) năm 2015; 2/ Đánh giá hiệu quả và tính khả thi của mô hình can thiệp xét nghiệm khẳng định HIV tại 5 cơ sở y tế tuyến huyện miền núi (mô hình POCT) năm 2016.

Nghiên cứu được thiết kế mô phỏng can thiệp dựa trên phương pháp nghiên cứu cắt ngang định lượng kết hợp định tính. Số liệu ghi chép hoạt động xét nghiệm HIV được thực hiện trước, trong thời gian can thiệp. Thông tin khách hàng xét nghiệm HIV tại các cơ sở trong thời gian nghiên cứu bao gồm tuổi, giới, yếu tố hành vi nguy cơ và các kết quả xét nghiệm sàng lọc, chẩn đoán HIV, đăng ký, điều trị HIV, mất dấu tử vong và các thông tin khác có liên quan được ghi chép, thu thập, quản lý và phân tích trên phần mềm SPSS 18.0. Các yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động xét nghiệm HIV, đánh giá tính khả thi mô hình POCT HIV được tìm hiểu, quản lý, phân tích bằng phần mềm NVivo.

Kết quả: Trong thời gian 2 năm nghiên cứu, 13313 khách hàng được xét nghiệm HIV, phát hiện 401 khách hàng dương tính với HIV, chuyển gửi thành công điều trị ARV được 303 người nhiễm HIV mới phát hiện. Mô hình POCT khẳng định HIV được đánh giá làm tăng 1,34 lần hiệu quả xét nghiệm. Các hiệu quả cụ thể: góp phần cải thiện tiếp cận khách hàng xét nghiệm, đặc biệt ở nhóm khó tiếp cận hay xét nghiệm muộn như nhóm tuổi ≥ 40 tuổi, có yếu tố/hành vi nguy cơ; Phát hiện nhiều

người nhiễm HIV hơn (tăng 1,2%) và ở giai đoạn sớm hơn (tăng 17,6% khách hàng được phát hiện sớm); Rút ngắn được 7 ngày thời gian chờ nhận kết quả từ đó cải thiện tỷ lệ quay trở lại nhận kết quả, tỷ lệ khách hàng dương tính được nhận kết quả nhanh trong ngày tăng thêm được 77,3%; Góp phần rút ngắn được 20 ngày thời gian chờ điều trị ARV, cải thiện tỷ lệ được điều trị nhanh trong vòng 1 tuần thêm được 28,3%; Cải thiện tỷ lệ chuyển gửi đúng đến các dịch vụ sau xét nghiệm từ 22,7% lên 24,6%; Tiếp kiệm 14,5% chi phí cho vận hành cơ sở xét nghiệm và 52,6% chi phí trung bình cho việc phát hiện một trường hợp HIV dương tính. Phát hiện ra các nhóm yếu tố liên quan đến cá nhân, môi trường xã hội, hệ thống y tế đặc trưng tại địa bàn có ảnh hưởng đến hoạt động xét nghiệm HIV; các yếu tố thành phần gây khó khăn, thách thức hay thuận lợi cho việc triển khai mô hình POCT. Nghiên cứu cũng cho mô hình can thiệp POCT khẳng định HIV đang là giải pháp có tính thời sự, khả thi hiệu quả cao và có tính bền vững trong bối cảnh của Việt Nam hiện tại.

Từ kết quả nghiên cứu đưa ra các khuyến nghị: tập trung các giải pháp nâng cao hiệu quả chương trình tư vấn xét nghiệm HIV tại địa phương, bước đầu nhận định các nhóm nguy cơ mới nổi cần can thiệp, cảnh báo các khoảng trống của chương trình còn thiếu hụt để ưu tiên tập trung các can thiệp trúng đích. Kết quả nghiên cứu gợi mở ra việc đề xuất điều chỉnh mô hình POCT khẳng định HIV thân thiện, phù hợp với các địa bàn khác nhau; xây dựng các hướng dẫn liên quan đến quản lý, cung ứng giám sát chất lượng sinh phẩm xét nghiệm POCT khẳng định HIV; xây dựng bộ tài liệu đào tạo phổ cập cho các tuyến. Gợi ý ban đầu cho việc thực hiện 1 hệ thống giám sát ca bệnh đầy đủ, thống nhất quản lý kết nối thông tin đầy đủ của khách hàng, chương trình giữa các tuyến hiệu quả. Đề xuất các giải pháp mô hình xét nghiệm HIV phù hợp nhằm hoàn thành chiến lược quốc gia kết thúc đại dịch AIDS vào năm 2030.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm HIV gây ảnh hưởng đến sức khỏe của cá nhân và cộng đồng, sự phát triển kinh tế và an sinh xã hội. Tính đến 30/06/2020, tại Việt Nam có 212.816 người nhiễm HIV hiện đang còn sống, 108.623 người nhiễm HIV đã tử vong. Dịch HIV chủ yếu ở vùng miền núi phía Bắc, Đông Nam Bộ; trong các quần thể có hành vi nguy cơ cao như NCMT, PNBD, MSM và nhóm bạn tình/bạn chích; trong độ tuổi từ 30-39 và đang có xu hướng già hóa; chủ yếu là nam giới và đang có xu hướng chuyển dịch sang nữ; dịch vẫn còn tiềm ẩn nhiều nguy cơ [12], [13].

Xét nghiệm HIV là phương pháp duy nhất nhằm xác định ca nhiễm HIV, từ đó triển khai các giải pháp giám sát, can thiệp dự phòng, điều trị và khống chế dịch. Tuy nhiên tại Việt Nam, tỷ lệ tiếp cận xét nghiệm HIV còn thấp, đặc biệt ở miền núi, trong nhóm nguy cơ cao và dân tộc thiểu số: trong nhóm NCMT tỷ lệ đã từng xét nghiệm HIV chỉ có 38,9% ở Yên Bái [184], 36,2% ở Điện Biên và Lào Cai [190]; tỷ lệ xét nghiệm định kỳ trong vòng 6 tháng chỉ có 49% tại 3 tỉnh Tuyên Quang, Bắc Cạn và Hòa Bình [34]; tỷ lệ biết kết quả xét nghiệm chỉ có 47,16% tại Điện Biên, 27,67% tại Sơn La và 41,33% tại Thanh Hóa, điều này cho thấy tỷ lệ khách hàng không quay trở lại nhận kết quả cao [13]. Tỷ lệ thấp hơn trong nhóm bạn tình/bạn chích của người nguy cơ cao, chỉ có 21-33% bạn tình của người NCMT ở Hồ Chí Minh, Điện Biên và Hà Nội xét nghiệm HIV và nhận kết quả [128]. Trong nhóm đồng bào dân tộc thiểu số cũng chỉ có 21,3% đồng bào Thái, Mông, Khơ Mú ở Điện Biên xét nghiệm HIV [27]; 25,7% ở đồng bào Thái tại Thanh Hóa đã từng xét nghiệm HIV [32]. Tình trạng xét nghiệm muộn còn khá phổ biến, khoảng trên 41,6% người nhiễm HIV phát hiện ở giai đoạn muộn [163], [168], tỷ lệ này còn cao hơn ở Nam giới, nhóm NCMT và khu vực khó khăn [136]. Lý do hạn chế tiếp cận xét nghiệm HIV được nhắc tới do mô hình xét nghiệm đang cung cấp không phù hợp, tốn nhiều thời gian [245]. Thêm vào đó tình trạng chuyển gửi bệnh nhân tới điều trị ARV chưa cao, chỉ khoảng 13%- 65% bệnh nhân nhiễm HIV được điều trị ARV, thấp hơn ở miền núi trong các nhóm nguy cơ cao [13, 17, 155, 168].

Mô hình xét nghiệm HIV tập trung (SLab) tại các tỉnh trước can thiệp cần có cơ sở hạ tầng, cán bộ có trình độ và trang thiết bị xét nghiệm nên mỗi tỉnh thường chỉ

có 1 phòng xét nghiệm khẳng định HIV. Mô hình này có nhược điểm: xa dân, tốn nguồn lực, thời gian xét nghiệm dài, phải vận chuyển thu gom mẫu bệnh phẩm từ các tuyến xã/huyện lên tỉnh nên bệnh nhân phải chờ đợi, đi lại nhận kết quả. Do vậy tỷ lệ tiếp cận xét nghiệm thấp, tỷ lệ nhận kết quả không cao, thường bị mất dấu trước nhận kết quả, thậm chí có trường hợp tử vong trước khi biết kết quả, tỷ lệ chuyển gửi kết nối tới chăm sóc và điều trị thấp gây khó khăn cho công tác không chế lây nhiễm, nâng cao sức khỏe và kéo dài tuổi thọ của bệnh nhân.

Trong bối cảnh Thế giới cũng như Việt Nam thực hiện cam kết 90:90:90 của UNAIDS nhưng nguồn lực lại hạn chế, việc nghiên cứu ứng dụng các mô hình cung cấp xét nghiệm phù hợp địa bàn là cần thiết. Mô hình xét nghiệm khẳng định HIV sử dụng phương pháp kết hợp 3 sinh phẩm nhanh tại cơ sở y tế huyện (POCT khẳng định HIV), cung cấp kết quả xét nghiệm nhanh trong vòng 15-60 phút, sàng lọc và khẳng định HIV trong 1 cơ sở y tế, không phải vận chuyển mẫu lên tuyến tỉnh, bệnh nhân có thể nhận được kết quả xét nghiệm HIV chính xác kịp thời, cung cấp được dịch vụ tại chỗ gần dân, nhiều dịch vụ y tế cùng lúc và tại một điểm. Mô hình đã được áp dụng ở một số nơi trên thế giới, có những hiệu quả nhất định, nhưng chưa thực hiện tại Việt Nam, với giả thuyết mô hình làm tăng hiệu quả xét nghiệm tại các khu vực miền núi khó khăn về giao thông, cơ sở hạ tầng y tế, trọng điểm về HIV như Điện Biên, Sơn La, Thanh Hóa. Câu hỏi nghiên cứu được đặt ra 1/Thực trạng xét nghiệm HIV ở khu vực khó khăn như thế nào?; 2/Các yếu tố ảnh hưởng đến tiếp cận sử dụng xét nghiệm HIV ở khu vực ra sao?; 3/Mô hình can thiệp POCT khẳng định HIV tại địa bàn liệu có hiệu quả và khả thi khi áp dụng rộng rãi hay không?; 4/Các giải pháp, đề xuất phù hợp cho việc cung ứng dịch vụ tại khu vực khó khăn. Để giải quyết các câu hỏi trên, nghiên cứu đánh giá "**Hiệu quả mô hình can thiệp xét nghiệm khẳng định HIV tại 05 huyện miền núi phía Bắc Việt Nam, năm 2015-2016**" được thực hiện. Nghiên cứu sinh với vai trò trực tiếp xây dựng triển khai kế hoạch thí điểm mở rộng xét nghiệm khẳng định HIV tại tuyến huyện, trực tiếp đào tạo, hỗ trợ kỹ thuật, thu thập số liệu và phân tích đánh giá mô hình đã góp phần hoàn thành kế hoạch thí điểm; đề xuất tham mưu các giải pháp/chính sách phù hợp thúc đẩy mở rộng và tiếp cận dịch vụ xét nghiệm HIV tại Việt Nam.

MỤC TIÊU

1. Mô tả thực trạng và các yếu tố ảnh hưởng hoạt động xét nghiệm HIV theo mô hình chuẩn thức (mô hình SLab) tại 5 huyện miền núi (huyện Điện Biên, Tuần Giáo, Mộc Châu, Quan Hóa, Mường Lát) năm 2015.

2. Đánh giá hiệu quả và tính khả thi của mô hình can thiệp xét nghiệm khẳng định HIV tại 5 cơ sở y tế tuyến huyện miền núi (mô hình POCT) năm 2016.

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1. 1. Xét nghiệm HIV

1.1.1. Khái niệm

Xét nghiệm HIV là việc sử dụng các kỹ thuật chuyên môn nhằm xác định sự có mặt của HIV và các thành phần vi rút trong máu hoặc dịch tiết của cơ thể người bệnh. Xét nghiệm HIV bao gồm: (1) Xét nghiệm sàng lọc HIV, (2) Xét nghiệm khẳng định nhiễm HIV.

Xét nghiệm sàng lọc HIV: sử dụng ở diện rộng, bao phủ được nhiều khách hàng, giúp định hướng cho các xét nghiệm tiếp theo để khẳng định tình trạng nhiễm HIV của khách hàng và triển khai các giải pháp dự phòng lây nhiễm phù hợp.

Xét nghiệm khẳng định nhiễm HIV để người bệnh và cán bộ y tế chẩn đoán chính xác việc nhiễm HIV của người bệnh, chỉ định và thực hiện việc chăm sóc điều trị và dự phòng lây nhiễm cho người khác phù hợp và chính xác.

1.1.2. Phương pháp

Xét nghiệm HIV chủ yếu dựa trên 2 phương pháp xét nghiệm, tùy phương pháp mà có những yêu cầu kỹ thuật, trang thiết bị, sinh phẩm, cán bộ làm xét nghiệm phù hợp.

Các phương pháp gián tiếp phát hiện kháng thể HIV: Gồm các kỹ thuật phát hiện sự có mặt của HIV thông qua việc phát hiện các kháng thể đặc hiệu kháng lại các thành phần cấu trúc của vi rút tồn tại trong máu và dịch tiết của người làm xét nghiệm. Đây là phương pháp đang được áp dụng phổ biến tại các phòng xét nghiệm HIV áp dụng cho trẻ trên 18 tháng tuổi và người lớn, gồm các kỹ thuật miễn dịch sắc ký đơn giản thực hiện bằng các sinh phẩm nhanh; kỹ thuật ngưng kết hạt; kỹ thuật miễn dịch gắn men (EIA); kỹ thuật miễn dịch huỳnh quang (điện hóa phát quang) và Western Blot.

Các phương pháp trực tiếp phát hiện kháng nguyên HIV: Gồm các kỹ thuật để phát hiện trực tiếp vi rút ở dạng hoàn chỉnh hoặc các thành phần của vi rút như: ADN tiền vi rút, ARN, kháng nguyên p24 đặc trưng của vi rút. Các phương pháp hiện nay đang được áp dụng là các kỹ thuật phát hiện kháng nguyên p24 bằng sinh

phẩm ELISA hoặc sinh phẩm nhanh, kỹ thuật sinh học phân tử phát hiện ARN, ADN tiền vi rút và kỹ thuật Realtime PCR phát hiện HIV.

1.1.3. Chiến lược

Từ năm 1992, TCYTTG đã khuyến cáo xét nghiệm HIV theo 3 chiến lược tùy vào: 1/ Mục đích xét nghiệm; 2/ Độ nhạy và độ đặc hiệu sinh phẩm sử dụng; 3/ Tỷ lệ hiện nhiễm trong quần thể dân cư.

Chiến lược I: áp dụng cho an toàn truyền máu, mẫu được coi là dương tính với kháng thể HIV khi mẫu đó có phản ứng với một xét nghiệm bằng sinh phẩm (SP) có độ nhạy cao.

Chiến lược II: áp dụng cho giám sát dịch tễ, mẫu được coi là dương tính khi mẫu đó có phản ứng với cả hai loại sinh phẩm có nguyên lý hoặc chuẩn bị kháng nguyên khác nhau, sinh phẩm thứ nhất (SP1) phải có độ nhạy cao, sinh phẩm thứ hai (SP2) có độ đặc hiệu cao.

Chiến lược III: áp dụng cho xét nghiệm chẩn đoán nhiễm HIV, mẫu được coi là dương tính khi mẫu đó có phản ứng với cả ba loại sinh phẩm có nguyên lý và/hoặc chuẩn bị kháng nguyên khác nhau. Sinh phẩm thứ nhất (SP1) dùng để sàng lọc có độ nhạy cao, các sinh phẩm tiếp theo (SP2, SP3) để khẳng định có độ đặc hiệu cao.

Căn cứ dịch HIV tại Việt Nam là dịch tập trung, Bộ Y tế có quy định sơ đồ xét nghiệm áp dụng cho chiến lược III để khẳng định trường hợp nhiễm HIV.

1.1.4. Sinh phẩm, phương cách

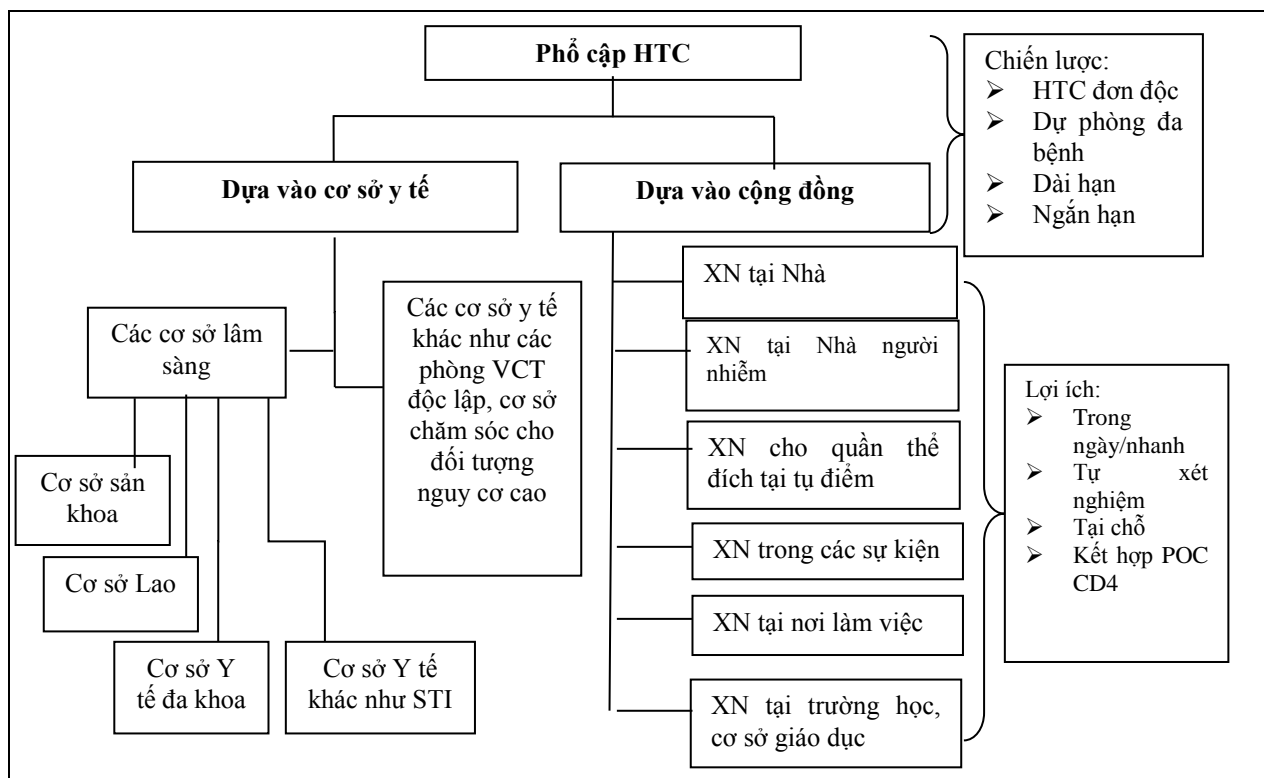
Sinh phẩm xét nghiệm HIV được phát triển đầu tiên vào năm 1985 đến nay đã có 4 thế hệ sinh phẩm xét nghiệm HIV cho các mẫu máu toàn phần, huyết thanh, huyết tương, nước tiểu, nước bọt nhưng mẫu máu được dùng phổ biến nhất. Thế hệ sinh phẩm thứ 4 có thể phát hiện được HIV ở giai đoạn rất sớm (kháng nguyên p24) vào ngày thứ 15 sau khi nhiễm HIV [83].

Phương cách xét nghiệm HIV: là một tổ hợp kết hợp các sinh phẩm cụ thể theo thứ tự nhất định để đảm bảo được hiệu quả chẩn đoán và độ chính xác cao nhất.

1.1.5. Các hình thức, mô hình cung cấp xét nghiệm HIV

1.1.5.1. Phân loại mô hình theo hình thức tổ chức tư vấn xét nghiệm HIV

Theo hướng dẫn của TCYTTG [269] có 3 loại mô hình như sau:



Sơ đồ 1.1. Mô hình tư vấn xét nghiệm HIV

a. Mô hình xét nghiệm HIV gắn với cơ sở y tế (facility base testing)

Đây là mô hình xét nghiệm gắn với các cơ sở khám chữa bệnh, y tế dự phòng, lao, sản khoa, đa khoa hoặc da liễu. Xét nghiệm thực hiện tại các phòng xét nghiệm cố định, bằng các kỹ thuật cao hoặc các trang thiết bị hỗ trợ, do nhân viên xét nghiệm được đào tạo thực hiện để sàng lọc hoặc khẳng định HIV. Mô hình có 2 hình thức thực hiện:

- Tư vấn xét nghiệm HIV tự nguyện (VCT): Do khách hàng tự nguyện đề xuất xét nghiệm khi họ nhận thấy có hành vi nguy cơ cao.
- Tư vấn xét nghiệm HIV do cán bộ y tế đề xuất (PICT): Do cán bộ y tế đề xuất khách hàng xét nghiệm bệnh nhân có nguy cơ lây nhiễm HIV.

b. Mô hình xét nghiệm HIV dựa vào cộng đồng (community base testing)

Đây là mô hình xét nghiệm HIV ngoài cơ sở y tế như: tại nhà, nơi làm việc, trường học, các tụ điểm...Có thể do cán bộ y tế thực hiện xét nghiệm lưu động; nhân viên y tế thôn bản hoặc đồng đẳng viên thực hiện; hoặc cá nhân có nhu cầu tự làm xét nghiệm (Self - testing). Ứng dụng các sinh phẩm nhanh, không đòi hỏi về chuyên môn, trang thiết bị hỗ trợ và bảo quản đặc biệt, để sàng lọc ban đầu cho các

đối tượng khó tiếp cận. Kết quả xét nghiệm có tính định hướng nếu nghi ngờ dương tính khách hàng được lấy máu hoặc giới thiệu đến các cơ sở y tế để làm xét nghiệm theo quy trình.

c. Mô hình cơ sở tư vấn xét nghiệm HIV độc lập

Đây là mô hình các cơ sở tư vấn xét nghiệm HIV ở các tổ chức hỗ trợ chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Do những cán bộ y tế hiện tại các phòng xét nghiệm đơn giản với mục đích sàng lọc HIV.

(*) Trong 3 hình thức này, mô hình SLab chỉ có thể triển khai trong hình thức tư vấn xét nghiệm HIV gắn với cơ sở y tế, tuy nhiên mô hình POCT có thể linh hoạt thực hiện ở cả 3 hình thức gắn cơ sở y tế, ngoài cộng đồng hoặc độc lập.

1.1.5.2. Phân loại mô hình theo quy mô thực hiện

Theo cách phân loại này gồm 2 mô hình: 1/ Xét nghiệm tập trung tại phòng xét nghiệm chuẩn thức (Standard laboratory - SLab); 2/ Xét nghiệm tại điểm chăm sóc và điều trị (POCT).

a. Mô hình xét nghiệm tập trung (SLab)

Mẫu xét nghiệm được các cơ sở thu và gửi tập trung về phòng xét nghiệm chuẩn, xét nghiệm bằng kỹ thuật miễn dịch đánh dấu với công suất xét nghiệm lớn, áp dụng từ tuyến tỉnh trở lên.

- Ưu điểm của mô hình: Xét nghiệm được số lượng mẫu lớn; Thực hiện được nhiều kỹ thuật cao mà các kỹ thuật đơn giản không phát hiện được; Quy trình kiểm soát nghiêm ngặt và đảm bảo chất lượng tốt hơn; Kết quả thường do máy đọc và kết nối quản lý thông tin theo hệ thống; Có thể không cần nhiều nhân công lao động.
- Nhược điểm của mô hình: Thời gian làm xét nghiệm lâu, trả kết quả lâu do làm số lượng lớn nên phải thu dung mẫu; Phụ thuộc máy nếu không được hiệu chuẩn/hiệu chỉnh dễ ảnh hưởng đến kết quả xét nghiệm, chi phí duy tu bảo dưỡng, đầu tư máy và cơ sở vật chất lớn; Khó thực hiện được ở những cơ sở vùng sâu, vùng xa, điều kiện khó khăn, trình độ cán bộ chưa cao.

b. Mô hình xét nghiệm tại điểm chăm sóc và điều trị (POCT)

Trong mô hình mẫu xét nghiệm được lấy và làm xét nghiệm ngay tại chỗ sử dụng các kỹ thuật xét nghiệm nhanh đơn giản. Thường áp dụng sàng lọc ở tuyến cộng đồng trở lên, còn đối với khẳng định bắt đầu được áp dụng tại tuyến huyện.

- Ưu điểm của mô hình: Dễ thực hiện nhanh và ngay tại chỗ; Cho kết quả nhanh; Không đòi hỏi trang thiết bị, trình độ cán bộ cao nên chi phí ít tốn kém hơn; Dễ thực hiện ở vùng núi, vùng sâu, vùng xa, địa bàn đi lại khó khăn.
- Nhược điểm của mô hình: Số lượng mẫu thực hiện được ít; Phụ thuộc nhiều vào chất lượng sinh phẩm, chi phí sinh phẩm có thể đắt hơn so với thông thường.

1.1.5.3. Thực trạng áp dụng các mô hình

Tùy theo bối cảnh, vùng, miền về kinh tế, xã hội, đặc điểm dịch tễ học mà ứng dụng các mô hình khác nhau.

a. Trên thế giới

Mô hình PICT phổ biến ở 78% các nước, lồng ghép với các cơ sở khám chữa bệnh như: 90% lồng ghép lao, 70% với sản khoa, 67% với STI, 55% đa khoa, 28% với cơ sở chăm sóc bệnh bệnh mãn tính không lây nhiễm [154]. PICT mang lại hiệu quả trong việc bao phủ dịch vụ nhưng lại hạn chế trong việc đúng vào đối tượng đích cần can thiệp [258].

Mô hình HTC (Nguyên bản từ mô hình VCT) được áp dụng phổ biến cho đối tượng nguy cơ cao, trẻ vị thành niên, chủ yếu lồng ghép với các điểm chăm sóc và điều trị có liên quan HIV như cơ sở điều trị ARV, Dự phòng lây truyền mẹ con, Lao. Báo cáo khu vực Đông Nam Á cho thấy tỷ lệ thực hiện 70% ở Thái Lan, 28% ở Myanmar, 24% ở Việt Nam và 40% ở Nepal [113].

Mô hình xét nghiệm HIV dựa vào cộng đồng đang được mở rộng vì hiệu quả cải thiện tiếp cận xét nghiệm, tăng tỷ lệ xét nghiệm lần đầu, phát hiện sớm người nhiễm HIV ở giai đoạn CD4 >350 tế bào/mm³, liên kết với chăm sóc và điều trị [57].

Tự xét nghiệm được áp dụng tại Pháp, UK, Mỹ, Kenya, thí điểm tại Brazil, Nam Phi, Malawi, Zimbabwe và tại Việt Nam. Mô hình tự xét nghiệm rất thuận lợi cho nhân viên y tế cộng đồng, nhân viên tư vấn, bạn tình/bạn chích thực hiện xét nghiệm sàng lọc ban đầu.

Sử dụng phương cách xét nghiệm khẳng định từ các sinh phẩm xét nghiệm nhanh ngày càng phổ biến và đa dạng.

b. Tại Việt Nam

Việc áp dụng các mô hình tại Việt Nam chuyển biến qua 3 giai đoạn:

Từ 1986 - 2002: Mô hình SLab tập trung tại Trung ương và khu vực, sử dụng kỹ thuật ELISA và Webtern blot là chủ yếu, chưa có tiêu chuẩn quy định cho xét nghiệm HIV. Trong giai đoạn này xét nghiệm sàng lọc hay khẳng định đều sử dụng mô hình SLab, tuy nhiên chỉ có tuyến trung ương và khu vực thực hiện được xét nghiệm khẳng định HIV.

Từ 2002 - 2013: Dịch vụ xét nghiệm đã được triển khai ở một số tỉnh, huyện. Xét nghiệm sàng lọc chủ yếu sử dụng sinh phẩm nhanh hoặc kỹ thuật ELISA. Xét nghiệm khẳng định HIV chủ yếu là mô hình SLab theo tiêu chuẩn phòng xét nghiệm khẳng định HIV bằng kỹ thuật ELISA [37].

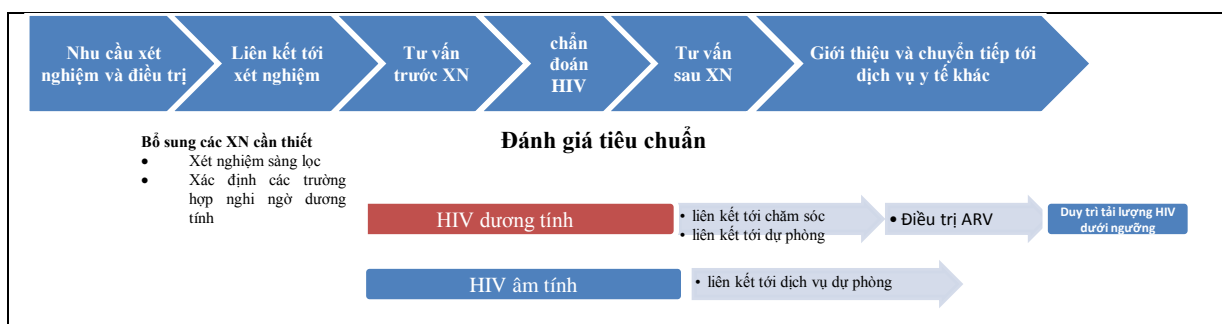
Từ 2013 - 2015: Dịch vụ xét nghiệm HIV ở rộng khắp từ tuyến huyện trở lên. Tuyến huyện chỉ thực hiện được xét nghiệm sàng lọc. Xét nghiệm khẳng định HIV theo mô hình SLab sử dụng kỹ thuật ELISA phổ biến ở tuyến tỉnh. Mô hình POCT để sàng lọc HIV được thí điểm tại xã, cộng đồng. Mô hình xét nghiệm khẳng định tập trung (SLab) ở tuyến tỉnh đã phát huy được một số ưu điểm nhưng cũng xuất hiện một số nhược điểm sau:

- Ưu điểm: Xét nghiệm khẳng định được tập trung ở tuyến cao. Do cán bộ có trình độ thực hiện, có trang thiết bị hỗ trợ xét nghiệm, xét nghiệm chuyên biệt nên ít có sai sót và làm được nhiều mẫu.
- Nhược điểm: 1/ Thời gian thực hiện và trả kết quả xét nghiệm lâu, nhất là ở các khu vực miền núi, sâu, xa. Nghiên cứu 2010 trên toàn quốc cho thấy thời gian trả kết quả âm tính là 31 giờ và dương tính là 8 ngày [9]. Nghiên cứu 2013 cho thấy thời gian trung bình từ khi xét nghiệm đến nhận được kết quả 16 - 30 ngày; 31,5 -58,4% trả kết quả > 07 ngày cho cơ sở gửi mẫu cách trên 15 km [249]. Nghiên cứu can thiệp giảm thời gian vận chuyển mẫu bằng sử dụng phương cách kết hợp 3 sinh phẩm nhanh - RTA tại Yên Bái đã giảm thời gian trả kết quả từ 37 xuống còn 8 ngày [36]. 2/ Tỷ lệ tiếp cận sử dụng xét nghiệm HIV thấp, xét nghiệm ở giai đoạn muộn còn cao, chuyển gửi tới điều trị ARV còn hạn chế được đề cập tại mục 1.2.2.2 dưới đây. 3/ Tỷ lệ bao phủ dịch vụ tư vấn xét nghiệm HIV thấp đạt 1,3/100.000 dân [257].

1.2. Tiếp cận, sử dụng xét nghiệm HIV

1.2.1. Quá trình tiếp cận, sử dụng

Tiếp cận, sử dụng xét nghiệm HIV là một quá trình từ khi bệnh nhân có nhu cầu cho đến khi được cung cấp các dịch vụ phù hợp với bệnh nhân được Việt Nam và các nước thực hiện theo sơ đồ được tổ chức y tế thế giới khuyến cáo [259] như sơ đồ sau:



Sơ đồ 1. 2. Quy trình liên kết tới chăm sóc, dự phòng, điều trị

Trong sơ đồ 1.2. khi khách hàng có nhu cầu, được giới thiệu hoặc chủ động kết nối với cơ sở xét nghiệm HIV để sàng lọc và xác định các trường hợp nghi ngờ dương tính.

Tư vấn trước xét nghiệm cung cấp những thông tin và hiểu biết cơ bản về HIV, nguy cơ lây nhiễm, các tình huống kết quả và kế hoạch ứng xử với kết quả xét nghiệm HIV, giới thiệu về các dịch vụ sau xét nghiệm cho khách hàng xét nghiệm.

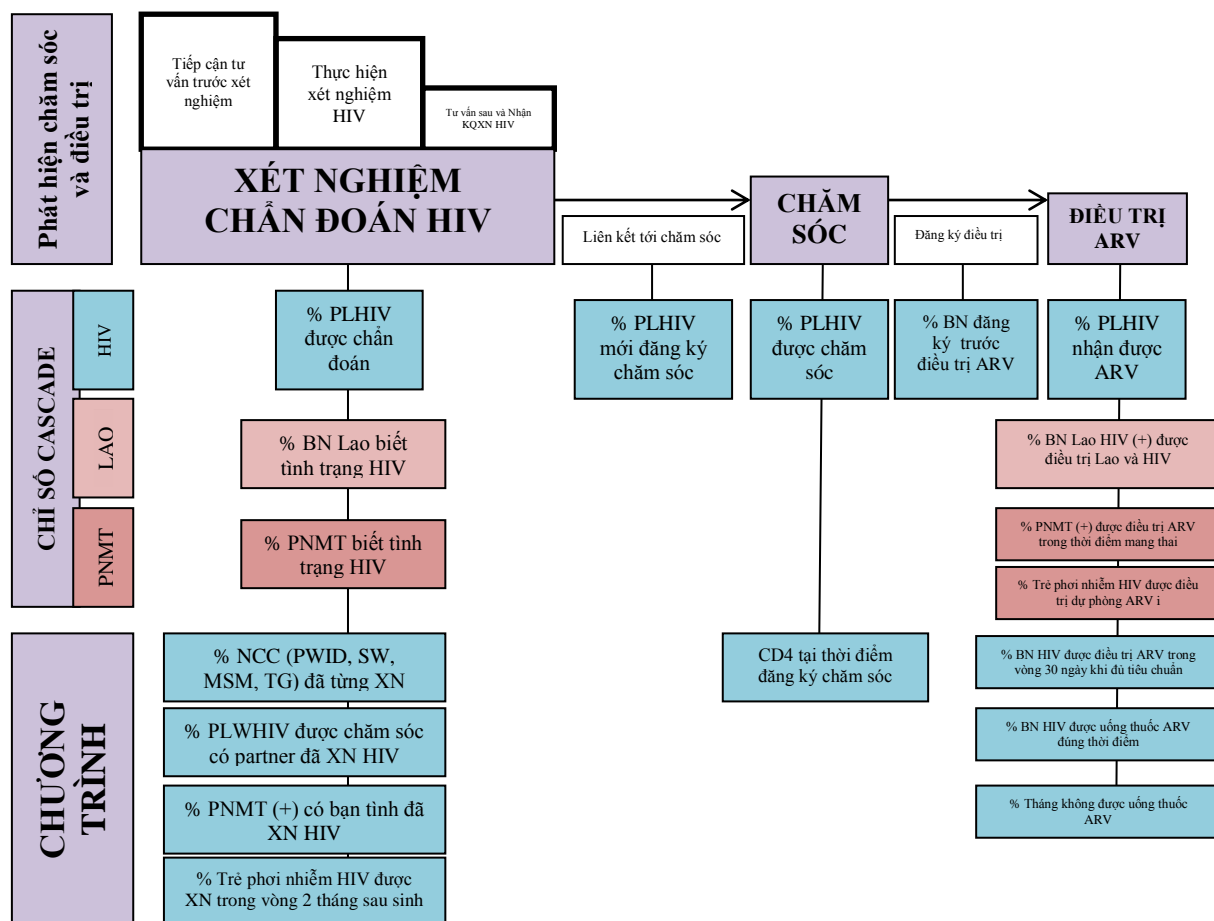
Chẩn đoán HIV cung cấp các dịch vụ xét nghiệm sàng lọc, khẳng định HIV. Sau khi sàng lọc HIV: Khách hàng âm tính sẽ được giới thiệu tiếp các dịch vụ dự phòng; Khách hàng có kết quả phản ứng với sinh phẩm sàng lọc sẽ được chuyển gửi tới cơ sở xét nghiệm khẳng định HIV để chẩn đoán chính xác tình trạng khách hàng dương tính với HIV hay là âm tính với HIV.

Tư vấn sau xét nghiệm HIV cung cấp kết quả xét nghiệm HIV cho khách hàng và giới thiệu các dịch vụ chuyển tiếp phù hợp. Đưa ra các giải pháp và lập kế hoạch dự phòng, chăm sóc, điều trị phù hợp nhằm giảm thiểu tác hại và dự phòng lây nhiễm HIV cho bản thân, người thân và cộng đồng.

Giới thiệu và chuyển tiếp tới các dịch vụ y tế: Khách hàng dương tính được giới thiệu chuyển gửi tới điều trị ARV, các dịch vụ chăm sóc điều trị phù hợp, hỗ trợ tuân thủ điều trị duy trì tải lượng HIV dưới ngưỡng ức chế để giảm thiểu nguy cơ lây nhiễm HIV, nâng cao thể lực kéo dài tuổi thọ của bệnh nhân; Khách hàng âm tính được giới thiệu đến các dịch vụ điều trị dự phòng phù hợp với hành vi nguy cơ như chương trình, bơm kim tiêm, bao cao su, điều trị STI, dự phòng PrEP, điều trị nghiện...

1.2.2. Thực trạng tiếp cận, sử dụng xét nghiệm HIV

Việc theo dõi đánh giá hoạt động xét nghiệm HIV dựa trên khung lý thuyết theo dõi đánh giá đa bậc dịch vụ xét nghiệm chăm sóc điều trị HIV/AIDS [200] như sau:



Sơ đồ 1. 3. Khung theo dõi đa bậc tiếp cận, sử dụng xét nghiệm

Thực trạng xét nghiệm HIV được xem xét ở 3 khía cạnh bao gồm:

- Mức độ tiếp cận, sử dụng xét nghiệm: Được đánh giá qua các chỉ số "tỷ lệ % người nhiễm HIV được chẩn đoán" hoặc "tỷ lệ % đã từng xét nghiệm HIV"; "tỷ lệ % xét nghiệm HIV gần đây" nghĩa là có xét nghiệm HIV trong vòng 12 tháng; "tỷ lệ % xét nghiệm HIV và nhận được kết quả". Với nhóm có hành vi nguy cơ cao việc xét nghiệm định kỳ giúp phát hiện sớm lây nhiễm do vậy "tỷ lệ % xét nghiệm gần đây" có ý nghĩa hơn.
- Giai đoạn nhiễm HIV được chẩn đoán: Có nhiều phương pháp xác định chẩn đoán giai đoạn nhiễm HIV như: 1/ Sử dụng các sinh phẩm xét nghiệm phát hiện mới nhiễm HIV ở giai đoạn < 12 tháng, phương pháp này đang được nghiên cứu

thí điểm, chưa áp dụng rộng rãi và chủ yếu để đánh giá tỷ lệ nhiễm mới HIV. 2/ Dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán muộn được định nghĩa "chẩn đoán muộn khi xét nghiệm phát hiện nhiễm HIV ở giai đoạn CD4 <350 tế bào/mm³ hoặc có xuất hiện các triệu chứng về AIDS (late presenter - LP)". "Chẩn đoán rất muộn khi CD4 <200 tế bào/mm³ và có biểu hiện lâm sàng kèm theo triệu chứng AIDS (Late presenter advance - LPAD)" đã được các nghiên cứu chứng minh hợp lý và các nghiên cứu đều dựa trên tiêu chuẩn này để xác định việc chẩn đoán muộn [60].

- Kết quả chuyển gửi sau xét nghiệm kết nối tới các cơ sở chăm sóc và điều trị: Theo quy định BN được chẩn đoán nhiễm HIV được giới thiệu tới cơ sở chăm sóc, điều trị ARV, thực hiện các xét nghiệm ban đầu và đếm tế bào CD4, điều trị ARV theo quy định. Việc đánh giá chuyển gửi dựa trên các chỉ số “Tỷ lệ bệnh nhân tiếp cận cơ sở chăm sóc điều trị (LTC – Link to care)”; “Tỷ lệ bệnh nhân thực hiện xét nghiệm CD4”; “Tỷ lệ bệnh nhân bắt đầu điều trị ARV (LCT – Link care and treatment)”.

1.2.1.1. Tình hình trên thế giới

a. Mức độ tiếp cận, sử dụng xét nghiệm HIV trên thế giới

Báo cáo chung toàn cầu chỉ có 1/2 người nhiễm HIV biết được tình trạng HIV của bản thân, mức độ khác nhau giữa các châu lục, thấp nhất là Đông Nam Á 0.3-20/1000, tiếp đến là cận Sahara là 45%, cao nhất Châu Phi với tỷ lệ 39-64% ở người trưởng thành [199], [154], [134].

Bảng 1. 1. Mức độ tiếp cận, sử dụng xét nghiệm HIV trên thế giới

Nhóm (số nghiên cứu)	% Biết điểm XN	% XN	% XN < 12 tháng	% Nhận KQ
NCMT [62], [68], [91], [115], [164], [161], [139], [227], [239].	64-80	32,6-85	40-75	39,7-93,5
PNBD [152], [228], [66], [73], [88], [98], [103], [138], [195], [229], [242], [262], [53], [261]	52,9-92,8	7,9-97	17-76,1	7,5-100

Nhóm (số nghiên cứu)	% Biết điểm XN	% XN	% XN < 12 tháng	% Nhận KQ
MSM [153], [179], [100], [122], [133], [137], [149], [166], [173], [197], [210], [211], [241], [251], [252], [254], [262], [265], [267], [179].	70-95	48-85	25-59	80,5-100
TG [67], [92], [187], [212], [264]		36,6-80	12-69	90-97
Trẻ vị thành niên từ 15-24 tuổi [134]		26 - 36		<15
PNMT [258], [236]		51 (5-74)		
EID [198], [258], [199], [154]		35 (1-95)		
BN Lao [118], [109]		25-50	35-89	32
BN STI [107]		39		
Nhập cư [183], [124]		5.3-37	47.3	88.5

Nhóm người có hành vi nguy cơ cao như NCMT, PNBD, MSM và TG là các nhóm đích của đại dịch HIV, chiếm hơn một nửa số người nhiễm HIV trên toàn cầu, nhưng tỷ lệ xét nghiệm HIV ở các nhóm này thấp, đặc biệt ở những nước nghèo và đang phát triển. Thấp nhất là khu vực Đông Nam Á, tỷ lệ xét nghiệm HIV trên 50% trong các nhóm: NCMT chỉ có 3/8 nước; PNBD có 3/8 nước; MSM có 2/8 nước [199].

- Trong nhóm NCMT: Mức độ xét nghiệm HIV có tăng trong những năm gần đây nhưng không đồng đều. Vẫn có khoảng 28-46,2% chưa từng xét nghiệm, chủ yếu nhóm vị thành niên, sống xa trung tâm [139], [62]. Xét nghiệm đã quá lâu lên đến 5 hoặc 6 năm chủ yếu ở vùng nông thôn [62], [68], [161]. Tỷ lệ nhận kết quả vẫn còn thấp, nhất là ở nhóm ngoài cộng đồng, nhóm HIV dương tính. Kết nối giới thiệu bạn tình/bạn chính đến xét nghiệm ít được báo cáo.
- Trong nhóm PNBD: Mức độ xét nghiệm HIV có tăng nhưng không đều giữa các khu vực, rất thấp ở khu vực Châu Á khoảng từ 10,4-58,8% [88], [138], [261];

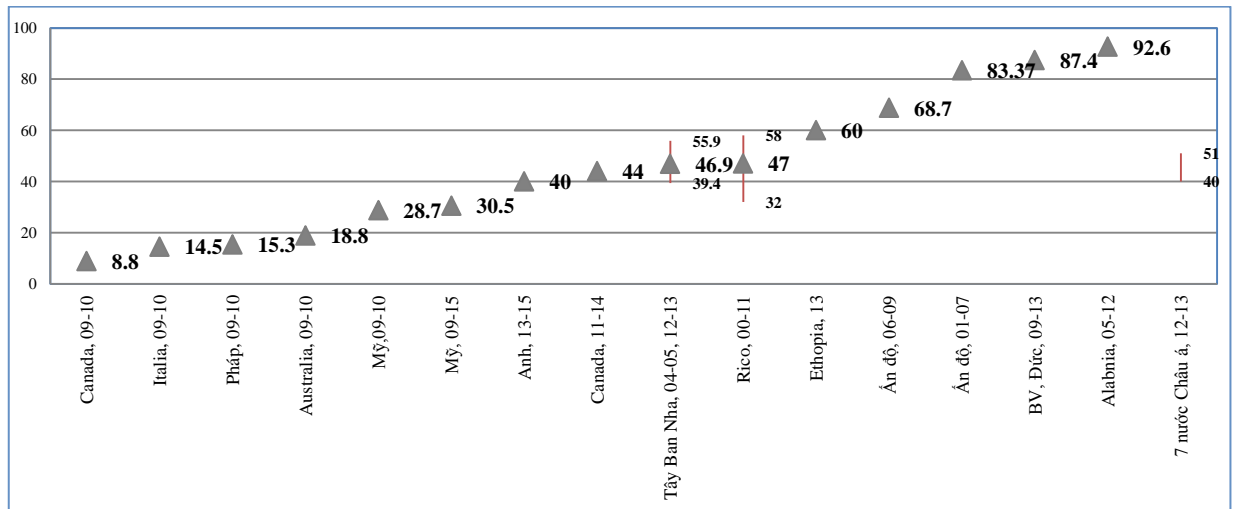
Vẫn còn tồn tại việc xét nghiệm đã lâu >12 tháng [66], [73], [103]. Tỷ lệ nhận kết quả khác nhau tùy nhóm và mô hình xét nghiệm, thấp hơn ở mô hình lưu động [195]. Việc xét nghiệm cho bạn tình của nhóm còn hạn chế, chỉ có 25% ở Guinea PNBD đã giới thiệu bạn tình đến xét nghiệm HIV [53].

- Trong nhóm MSM: Mức độ xét nghiệm HIV trong nhóm MSM cao hơn so với NCMT và PNBD, nhưng vẫn còn khoảng 1/3 MSM chưa từng xét nghiệm [122], [149], [252]. Tỷ lệ thấp hơn ở các nhóm MSM mại dâm, MSM tìm bạn tình online, MSM quan hệ tình dục cả nam và nữ so với các nhóm khác [149], [179], [251]. Khoảng 10-20% xét nghiệm HIV đã lâu > 2 năm [122], [173], [248], [251]. Các nước Châu Á, MSM thường xét nghiệm tại cộng đồng như tự xét nghiệm hoặc tại các CBOs hoặc VCT [100], [210], [265]
- Trong nhóm TG: Mức độ xét nghiệm HIV trong nhóm chuyển giới thấp nhưng tỷ lệ nhận kết quả xét nghiệm khá cao. Nhóm nữ chuyển giới nam có xu hướng xét nghiệm thấp hơn nhóm nam chuyển giới nữ [67], [212]. Chỉ có khoảng 10-20% xét nghiệm đã lâu [67], [92], [264]. Các nước đang phát triển, nhóm chủ yếu sử dụng hình thức xét nghiệm tại cộng đồng [264], tuy nhiên ngược lại ở các nước phát triển lại qua hệ thống cơ sở y tế là chủ yếu > 70% [212].
- Trong nhóm người nguy cơ thấp: Nhóm vị thành niên từ 15-24 tuổi, tỷ lệ xét nghiệm tương đối thấp đặc biệt nhóm sống ở vùng nông thôn, trẻ em gái chỉ có 26% thấp hơn so với em trai là 36% [134]. Nhóm PNMT, tỷ lệ xét nghiệm HIV thấp trung bình khoảng 50%, tỷ lệ thấp hơn ở các nước nghèo, kém phát triển, dịch tập trung. Nhóm trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV, tỷ lệ xét nghiệm HIV tương đối thấp, phụ thuộc vào kinh tế, văn hóa, xã hội và chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ con. Một số nhóm quần thể khác cũng được quan tâm và đề xuất khuyến khích việc xét nghiệm HIV do tính chất dễ bị tổn thương và nguy cơ đồng nhiễm HIV như bệnh nhân Lao, bệnh nhân mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục, bệnh nhân tâm thần, người nhập cư. Mức độ xét nghiệm HIV nhóm nhập cư thấp vì những hạn chế tiếp xúc với hệ thống an sinh xã hội [124]. Tương tự trong nhóm BN STI tỷ lệ đã từng xét nghiệm cũng thấp chỉ có 39% [107].

Mức độ xét nghiệm HIV còn xa mục tiêu “90% người nhiễm HIV biết được tình trạng nhiễm HIV của bản thân” đặc biệt trong các nhóm hành vi nguy cơ cao, trẻ vị thành niên, phụ nữ, những người sống ở vùng sâu xa.

b. Tình trạng xét nghiệm HIV muộn trên thế giới

Tỷ lệ xét nghiệm HIV muộn giao động từ 30 - 60%, phổ biến ở nước có dịch toàn thể, kém phát triển, thiếu về chăm sóc y tế và an sinh xã hội và các nước Châu Á.



Sơ đồ 1. 4. Tỷ lệ xét nghiệm HIV muộn trên Thế giới

Tỷ lệ xét nghiệm HIV muộn từ 8.8-92,6%, thấp ở Châu Mỹ, cao ở Châu Á và khu vực nông thôn kém phát triển [56], [59], [87], [117], [126], [130], [148], [163], [180], [225], [235], [243], [260], [244]. Xét nghiệm HIV muộn xuất hiện ở tất cả các nhóm: Tại Anh tỷ lệ xét nghiệm muộn thấp ở nhóm MSM (31%), cao hơn ở nam QHTD khác giới (62%), nữ QHTD khác giới (52%), PWID (50%) [130]. Tình trạng này xuất hiện cả trong nhóm đã biết tình trạng nhiễm nhưng trì hoãn việc điều trị như ở Canada là 33% [235]. Tỷ lệ xét nghiệm muộn cao hơn trong nhóm tuổi già, nam giới, trình độ văn hóa thấp, sống ở vùng xa [56], [130], [235], [87]. Tỷ lệ xét nghiệm muộn gặp cao trong các mô hình PICT như nghiên cứu: ở Đức 87,4% xét nghiệm muộn ở bệnh viện [243]; Tại Châu Phi 71% xét nghiệm muộn ở PICT, 61% ở VCT, 26% xét nghiệm tại cộng đồng theo tháng chiến dịch, 39% tại nhà, 38% lưu động [225]. Thời gian từ khi có triệu chứng đến xét nghiệm lâu khoảng

158 (40-572) ngày [243]. Như vậy mở rộng can thiệp POCT có khả năng giảm tỷ lệ xét nghiệm muộn.

Một số nghiên cứu cho thấy bệnh nhân xét nghiệm muộn có nguy cơ tử vong cao như: Tại Tây Ban Nha 14,1% bệnh nhân xét nghiệm muộn tử vong trong giai đoạn nghiên cứu [234]; Tại Albani 14,9% bệnh nhân xét nghiệm muộn tử vong ngay sau chẩn đoán [260]. Tại 3 nước Anh Wales, Ireland 87% bệnh nhân tử vong trong 1 năm là bệnh nhân chẩn đoán muộn [219]; Tương tự nghiên cứu khác ở Anh 81% bệnh nhân tử vong là người được chẩn đoán muộn [130]. Việc xét nghiệm HIV muộn dễ thất bại điều trị, tử vong hoặc tăng nguy cơ lây truyền HIV, khó khăn trong chăm sóc điều trị tạo gánh nặng về mặt kinh tế và xã hội.

c. Tình trạng chuyển tiếp chăm sóc, điều trị sau xét nghiệm HIV trên thế giới

Bảng 1. 2. Tỷ lệ kết nối chăm sóc/điều trị sau xét nghiệm trên thế giới

Quốc gia, lãnh thổ, năm	% Liên kết tới chăm sóc (LTC)	% Liên kết tới điều trị (LCT)
37 nước Châu Âu, 10-14	55-96	
7 nước Châu Á, 10-11	49,4	
PWID/Toàn cầu, 16-17		25-75
Châu Phi	37 -61	
Mỹ, 10-11	79	
Philadelphia, 10-11	80	
PWID/Mỹ, 13	79,2	49,7
Anh, 02-11	61-78	45 -52
Nam Phi, 09-11	76	
FSW/Zimbabwe, 09-14		41
Australia, Mỹ, Canada	72,6	
MSM/Trung Quốc, 08-14	68	43

Tỷ lệ liên kết tới chăm sóc sau xét nghiệm (LTC) khoảng 49,5-96%, thấp ở Châu Á, vùng kém phát triển và nông thôn [93], [127], [129], [156], [163], [164], [185], [219], [225], [255], [263]. Bệnh nhân chủ yếu liên kết tới chăm sóc trong vòng 3 tháng, trong đó 2/3 số bệnh nhân dưới 01 tháng [127], [255], [219]. Một số nghiên cứu tại Mỹ đề cập đến việc trì hoãn liên kết tới chăm sóc, 14,5% trì hoãn từ 2-3 tháng [127], 20% trì hoãn trên 3 tháng [263]. Tỷ lệ LTC cao hơn ở nhóm bệnh

nhân chẩn đoán muộn, tuổi cao, nội hoặc ngoại trú bệnh viện [156]. Bằng chứng trong nghiên cứu ở Mỹ trên nhóm PWID: 98,1% bệnh nhân xét nghiệm muộn ở giai đoạn 3 liên kết tới chăm sóc cao hơn so tỷ lệ này là 71,6% ở nhóm bệnh nhân xét nghiệm ở giai đoạn 1,2; 81% bệnh nhân 45-54 tuổi liên kết chăm sóc so với tỷ lệ 69% ở nhóm 13-24 tuổi; 86,3% bệnh nhân nội trú và 80,4% bệnh nhân ngoại trú liên kết tới chăm sóc cao hơn so với tỷ lệ 60% ở nhóm bệnh nhân của các cơ sở sàng lọc hoặc chẩn đoán giới thiệu đến điều trị [156]. Tỷ lệ LTC khác nhau theo mô hình xét nghiệm, cao nhất ở mô hình gắn với cơ sở y tế [263], [225]. Trong nhóm MSM và tại vùng nông thôn, tỷ lệ LTC lại cao hơn ở mô hình xét nghiệm dựa vào cộng đồng [185], [255].

Tỷ lệ liên kết tới điều trị ARV (LCT) thấp khoảng từ 14,9-75% [129], [156], [219], [255], khác nhau theo nhóm hành vi. Tỷ lệ thấp ở nhóm PNBD và cao hơn ở các nhóm PWID, MSM, QHTDKG [129], [219], [164], [156], [255]. Thời gian từ liên kết tới chăm sóc đến điều trị ARV còn dài trung bình khoảng 5 tháng [255].

Hiện tại mới bắt đầu xuất hiện việc điều trị dự phòng PrEP nên chưa có nhiều nghiên cứu được đề cập. Nghiên cứu ở Mỹ cho thấy tỷ lệ này thấp, 21,3% bệnh nhân được chuyển tiếp tới điều trị PrEP, 16,3% chấp nhận điều trị [111].

1.2.2.2. Thực trạng tại Việt Nam

a. Mức độ tiếp cận, sử dụng tại Việt Nam

Báo cáo toàn cầu HIV năm 2016 cho thấy ước tính khoảng 70% người nhiễm HIV Việt Nam biết được tình trạng của bản thân, khoảng 47% được điều trị ARV [135].

Bảng 1. 3. Mức độ tiếp cận sử dụng xét nghiệm tại Việt Nam

Nhóm (tài liệu tham khảo)	% Biết điểm XN	% XN	% XN<12 tháng	% Nhận KQ
NCMT [13], [31], [34], [40], [184], [190], [245], [128]	85,1-92	21-81,9	15,5-70,1	50
PNBD [13], [64], [42], [19], [33], [50]	85,3	22,5-78,5	31-59	40-88
MSM [13], [41], [116], [120],	64,8-81,9	23,5-83,9	16-63	49,1-71,5

Nhóm (tài liệu tham khảo)	% Biết điểm XN	% XN	% XN<12 tháng	% Nhận KQ
[188], [191], [214]				
TG [65]		59		
PNMT [192], [28], [21], [47]		28-90		78
EID [18], [7], [48]		24,1-77		
BN Lao [145], [246]		58-68	68-72	
Người dân tộc thiểu số [29], [27], [32]		5-25,7		
Nhập cư [194]		30,9	18,9	90
Quần thể chung từ 15-49 tuổi [22], [49]		10,4-15,4		

Dịch HIV tại Việt Nam là dịch tập trung ở nhóm người có hành vi nguy cơ cao như: tiêm chích ma túy, quan hệ tình dục không an toàn, nam quan hệ tình dục đồng giới. Tuy nhiên tỷ lệ xét nghiệm HIV trong các nhóm này lại thấp, thấp hơn ở vùng sâu, xa, miền núi - trung du, cao hơn ở khu vực thành thị và có can thiệp. Tỷ lệ đã từng xét nghiệm HIV có tăng theo thời gian đến năm 2017 là 81,4% ở NCMT, 78,5% ở PNBD, 63,8% ở MSM và 80% nhóm nguy cơ cao biết điểm XN HIV nhưng tỷ lệ xét nghiệm và nhận kết quả trong vòng 12 tháng qua lại thấp chỉ đạt 50,5% ở NCMT, 40,4% ở PNBD [13].

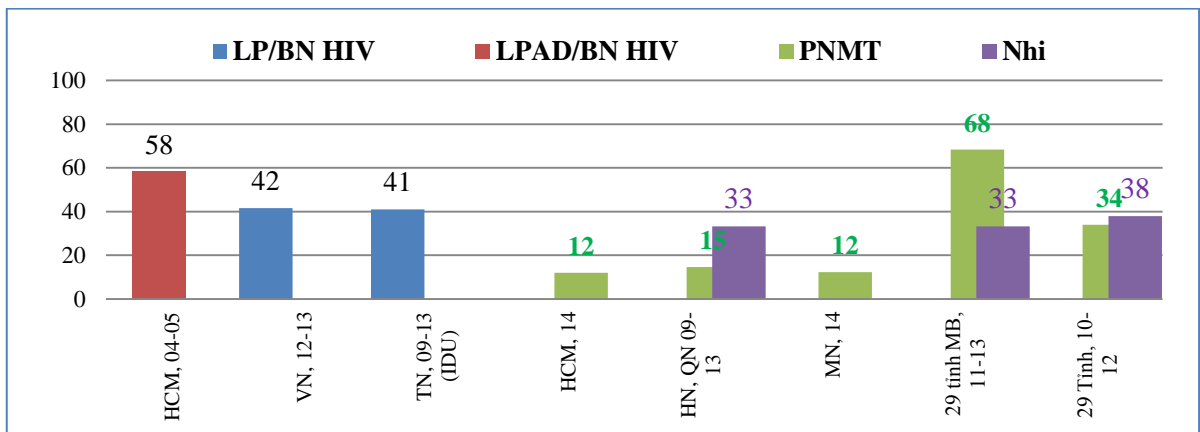
- Trong nhóm NCMT: Tỷ lệ đã từng xét nghiệm từ 21-81,9%, tăng dần qua các năm, cao hơn ở miền Bắc, đồng bằng và thành thị, các tỉnh có can thiệp, ở nhóm NCMT có điều trị MMT [13], [31], [34], [40], [184], [190], [245]. Tỷ lệ xét nghiệm gần đây thấp khoảng từ 15,5-70,1%, thấp hơn trong nhóm xét nghiệm định kỳ dưới 6 tháng [31, 34], [41]. Chỉ khoảng 50% NCMT xét nghiệm có nhận kết quả. Xét nghiệm bạn tình/bạn chích của NCMT còn thấp: 35,5% NCMT ở Hà Nội và Nam định giới thiệu người liên quan, 45,7% NCMT giới thiệu bạn tình/bạn chích đến xét nghiệm [245]; 21-33% bạn tình của người NCMT ở Hồ Chí Minh, Điện Biên và Hà Nội xét nghiệm và nhận kết quả [128].
- Trong nhóm PNBD: Tỷ lệ đã từng xét nghiệm từ 22,5 -78,5% có sự cải thiện và tăng qua các năm [13], [64], [23], [42]. Tỷ lệ xét nghiệm trong vòng 12 tháng

qua vẫn thấp, có dấu hiệu giảm ở một số tỉnh/thành phố do việc giảm nguồn lực can thiệp như Thanh Hóa giảm từ 59,2% năm 2010 xuống còn 42,9% năm 2014 [33]. Chỉ có khoảng 40% PNBD xét nghiệm HIV có nhận kết quả, thấp hơn ở các tỉnh ít hoặc giảm dự án can thiệp và trong nhóm xét nghiệm gần đây [19], [33], [50], [64], [13], [50].

- Trong nhóm MSM: Tỷ lệ đã từng xét nghiệm HIV từ 23,5-83,9%, có cải thiện qua thời gian nhưng thấp hơn ở nhóm quan hệ tình dục cả nam và nữ [116], [120], [188], [191], [214]. Tỷ lệ xét nghiệm trong 12 tháng thấp khoảng 16-63% [41], [116], [188], [214], vẫn còn khoảng 7% trong MSM ở An Giang đã xét nghiệm quá 12 tháng [116]. Khoảng 60% MSM xét nghiệm có nhận kết quả xét nghiệm, trong đó tình trạng không nhận kết quả trong nhóm MSM nhiễm HIV vẫn cao 85,7% MSM nhiễm HIV ở Hà Nội không biết tình trạng nhiễm của bản thân [188].
- Trong nhóm TG: không có nhiều nghiên cứu về TG tại Việt Nam, tuy nhiên tỷ lệ TG ở Hồ Chí Minh năm 2016 đã từng xét nghiệm khoảng 59% [65].
- Trong các nhóm nguy cơ thấp: 1/ Nhóm phụ nữ mang thai có khoảng 70% (28,2-90,2%) được xét nghiệm HIV, thấp ở khu vực vùng sâu, xa hoặc khu vực đồng bào dân tộc thiểu số, khoảng 78,5% PNMT xét nghiệm HIV đã nhận kết quả [192], [28], [21], [47]. 2/ Trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV: Theo quy định 100% trẻ phơi nhiễm HIV phải được xét nghiệm chẩn đoán sớm (EID) từ 4-8 tuần tuổi. Nhưng tỷ lệ xét nghiệm chưa cao, có 24,1-77% trẻ phơi nhiễm HIV tiếp cận với xét nghiệm PCR [18], [7], [48]. 3/ Trong nhóm bệnh nhân lao khoảng 58-68% được xét nghiệm HIV và có tăng qua thời gian [145], khoảng 68-72,5% được xét nghiệm HIV định kỳ [246]. 4/ Nhóm dân tộc thiểu số tỷ lệ rất thấp, khoảng 5-25,7% đã từng xét nghiệm HIV [29], [27], [32]. 5/ Dân lao động tự do cũng thấp tương tự, có 30,9% nam lao động tự do trên đường phố tại Hà Nội đã từng xét nghiệm HIV, chỉ 18,9% xét nghiệm trong năm vừa qua, khoảng 10% có xét nghiệm nhưng không nhận kết quả [194].

b. Tình trạng xét nghiệm HIV muộn tại Việt Nam

Tại Việt Nam việc đánh giá xét nghiệm HIV ở giai đoạn sớm hay muộn thể hiện qua các chỉ số: “Tỷ lệ chẩn đoán muộn (LP) hoặc rất muộn (LPAD)” như các nghiên cứu trên thế giới, “Tỷ lệ bệnh nhân xét nghiệm HIV muộn so với thời gian quy định”, “Tỷ lệ bệnh nhân HIV tiếp cận với điều trị ARV muộn hoặc rất muộn” nhưng chỉ số này không đặc trưng vì có thể bệnh nhân trì hoãn tiếp cận điều trị ARV.



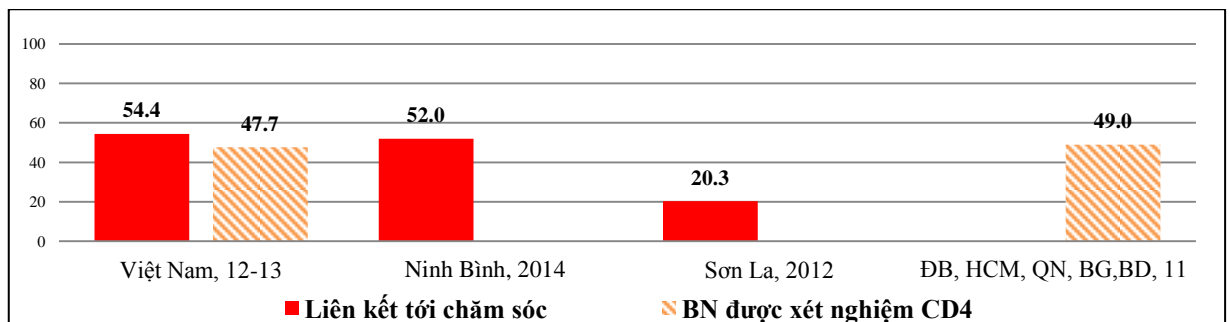
Sơ đồ 1. 5. Tỷ lệ xét nghiệm HIV muộn tại Việt Nam

Khoảng một nửa bệnh nhân HIV tại Việt Nam được chẩn đoán muộn, tỷ lệ có dấu hiệu giảm qua thời gian nhưng không đáng kể từ 58,3% năm 2004-2005 [136] xuống còn 41,6% ở 59 cơ sở chăm sóc điều trị giai đoạn 2012-2013 [163]. Tình trạng xét nghiệm muộn phổ biến trong nhóm nam, có hành vi nguy cơ, tuổi trẻ: nam giới chiếm 86,6%; NCMT chiếm 58,8%; lứa tuổi từ 18-30 tuổi chiếm 63,9% [136]. Tỷ lệ không có dấu hiệu thuyên giảm ở các khu vực miền núi, nghiên cứu ở Thái Nguyên năm 2017 có 41% NCMT nhiễm HIV phát hiện muộn [168].

Tư vấn, chỉ định xét nghiệm HIV sớm trong nhóm PNMT và trẻ phơi nhiễm HIV giúp điều trị sớm, mang lại hiệu quả dự phòng lây nhiễm HIV cao. Tuy nhiên vẫn có khoảng 12-58% PNMT nhiễm HIV phát hiện ở giai đoạn chuyển dạ và sau sinh từ [18], [28], [44], [48], [76]; khoảng 33- 57,2% trẻ phơi nhiễm HIV xét nghiệm PCR muộn sau 2 tháng [18], [48], [76]. Phần lớn trẻ có PCR dương tính thuộc nhóm trẻ xét nghiệm EID muộn trên 2 tháng tuổi, chiếm 71,6% [48].

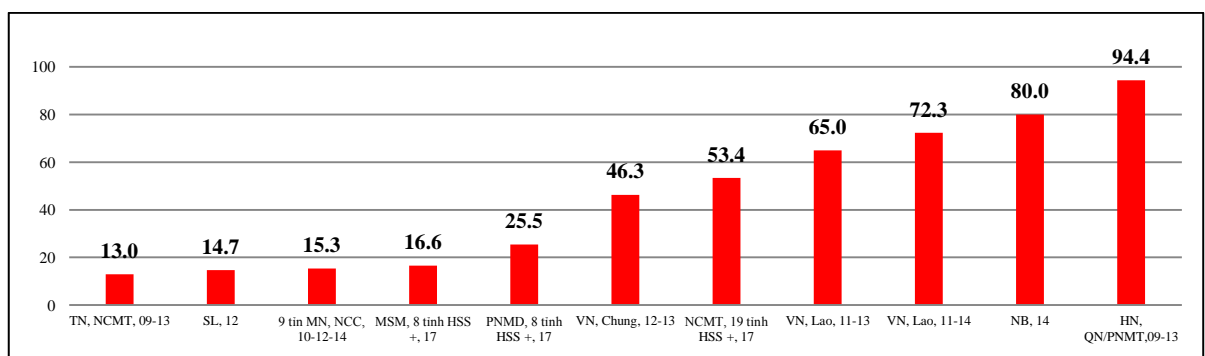
c. Thực trạng chuyển tiếp chăm sóc, điều trị sau xét nghiệm HIV tại Việt Nam

Khoảng 20,3-54,4% bệnh nhân HIV được chuyển tới chăm sóc [17], [85], [163]. Thấp nhất ở khu vực vùng núi như nghiên cứu ở Sơn La năm 2011 là 20,3% [17]; thấp hơn trong nhóm nam giới như nghiên cứu ở Ninh Bình năm 2017 chỉ chiếm 45,8% [85]. Thực hiện các xét nghiệm theo dõi điều trị hạn chế, chỉ 22-72% bệnh nhân HIV được làm xét nghiệm CD4 sau chẩn đoán, thấp ở khu vực không có dự án và không có máy xét nghiệm CD4 [163], [95]. Hơn 1/3 bệnh nhân trì hoãn tới chăm sóc điều trị và xét nghiệm CD4, nên chỉ số CD4 lần đầu thấp chỉ đạt 68 (22-154) tế bào/mm³ như nghiên cứu ở các tỉnh trọng điểm PEPFAR giai đoạn 2012-2013 [216].



Sơ đồ 1. 6. Tỷ lệ liên kết tới chăm sóc sau xét nghiệm HIV tại Việt Nam

Phần lớn các bệnh nhân chuyển tiếp thành công được điều trị ARV từ 78,8-97,7%. Tuy nhiên xét trên số bệnh nhân được phát hiện thì tỷ lệ này vẫn rất thấp chỉ từ 15-50% do mất dấu sau xét nghiệm [17], [85], [163]. Tỷ lệ thấp trong các nhóm hành vi nguy cơ cao, khu vực miền núi như: kết quả của báo cáo giám sát trọng điểm năm 2017 tỷ lệ này đạt 53,4% ở nhóm NCMT, 25,5% ở PNBD và 16,67% ở nhóm MSM [13], nghiên cứu ở Thái Nguyên năm 2013 chỉ đạt 13% [168], ở Sơn La chỉ có 20% bệnh nhân phát hiện ghi nhận tại cơ sở chăm sóc và điều trị [17].



Sơ đồ 1. 7. Tỷ lệ kết nối điều trị ARV sau xét nghiệm HIV tại Việt Nam

1.2.3. Các yếu tố ảnh hưởng

Các yếu tố liên quan đến tiếp cận, sử dụng xét nghiệm HIV gồm có các yếu tố cá nhân, môi trường xã hội và hệ thống y tế [182] và được các nghiên cứu đề cập như sau:

1.2.3.1. Các yếu tố có tính rào cản:

a. Các nghiên cứu trên thế giới

Yếu tố cá nhân: Bao gồm tâm lý lo sợ kết quả xét nghiệm HIV dương tính, sợ phải trao đổi thông tin với bạn tình, sợ phải đợi kết quả [213], [253]; Thiếu hiểu biết về HIV [253] và những dịch vụ y tế có liên quan đến HIV [78]; Cảm thấy không có hành vi nguy cơ hoặc hành vi nguy cơ thấp, sợ kỳ thị phân biệt đối xử đặc biệt là các nhóm hành vi nguy cơ cao, nhóm dân tộc thiểu số, nhóm di biến động [97]; Thiếu niềm tin vào hệ thống y tế hoặc do tín ngưỡng, lo chi phí xét nghiệm [175].

Môi trường xã hội: Bao gồm tình trạng kỳ thị, điều kiện kinh tế, giao thông đi lại khó khăn, văn hóa tín ngưỡng dân tộc, rào cản về ngôn ngữ [213].

Hệ thống y tế: Bao gồm chính sách y tế chưa xác định được ưu tiên và các mô hình thích hợp [78]. Nhân viên y tế còn kỳ thị phân biệt [70]; thiếu thân thiện và kinh nghiệm, chưa hiểu biết đầy đủ về các hướng dẫn mới, thiếu tự tin khi thực hiện xét nghiệm HIV, chưa được đào tạo [97], không hiểu biết đầy đủ về lâm sàng dịch tễ học [78]. Trang thiết bị không thân thiện và không phù hợp, cơ sở vật chất không thoải mái, dịch vụ được cung cấp chưa có chất lượng, không sẵn có, khó tiếp cận, không đầy đủ, chờ đợi lâu [78], [177]. Thiếu tính bảo mật [78], [177]. Không có sẵn các dịch vụ phụ trợ cần thiết khác như điều trị ARV, dự phòng lây truyền mẹ con, dự phòng khác [70], [97]. Không có hỗ trợ cung cấp thông tin trả lời kết quả cho khách hàng [253].

Một số yếu tố còn làm gia tăng xét nghiệm chẩn đoán muộn như: tuổi cao >30 tuổi; thuộc nhóm hành vi nguy cơ cao như NCMT, PNBD, MSM, cặp dị nhiễm, dân nhập cư; kiến thức hiểu biết về HIV/AIDS hạn chế, trình độ văn hóa thấp, không có bảo hiểm y tế; sống ở khu vực nông thôn, hẻo lánh cách xa trung tâm, không có sẵn dịch vụ ARV [59], [117], [234], [260], [244].

Một số yếu tố còn làm hạn chế việc tiếp cận với dịch vụ chăm sóc và điều trị sau xét nghiệm như: Tình trạng phân biệt đối xử, hướng dẫn theo dõi không đầy đủ, thời

gian khám, vị trí xét nghiệm bất tiện [186]. Lo lắng tiết lộ bí mật riêng tư, gánh nặng tâm lý cam kết chăm sóc HIV, lo ngại về chi phí điều trị [186]. Không có thời gian, tuổi trẻ, không tin tưởng kết quả xét nghiệm, thuộc nhóm nguy cơ cao, nghèo, không có bảo hiểm y tế, sống ở vùng nông thôn, tự đi xét nghiệm [163], [185].

b. Các nghiên cứu tại Việt Nam

Yếu tố cá nhân chủ yếu liên quan đến trình độ văn hóa thấp, không nhận thức đúng về hành vi nguy cơ, không biết nơi xét nghiệm, tâm lý hổ thẹn và không có thời gian, sợ kỳ thị, sợ lộ bí mật, cho rằng mình vẫn khỏe, uống rượu, căng thẳng tâm lý, ít sử dụng internet, sinh viên, sống ở xa nơi có dịch vụ, sống ở vùng nông thôn không có sự hỗ trợ của nhân viên tiếp cận cộng đồng làm giảm mức độ xét nghiệm HIV [65], [116], [189], [216]. Thêm vào đó những bệnh nhân là người có hành vi nguy cơ cao, sợ kỳ thị, thiếu nhận thức hiểu biết về tầm quan trọng của xét nghiệm, thường xuyên trì hoãn xét nghiệm nên dẫn đến xét nghiệm muộn [102], [189]. Một số bệnh nhân không có niềm tin vào cơ sở chăm sóc điều trị HIV/AIDS và cán bộ y tế, dẫn tới không tiếp cận với cơ sở chăm sóc và điều trị [95].

Yếu tố môi trường xã hội được đề cập đến như sự kỳ thị, phân biệt đối xử của xã hội, không có các nhóm cộng đồng hỗ trợ [23], [65].

Yếu tố hệ thống y tế chủ yếu liên quan đến thời gian cung cấp xét nghiệm không phù hợp, lâu, mất thời gian [245], [144].

1.2.3.2. Các yếu tố có tính thúc đẩy

Yếu tố cá nhân: Nghĩ rằng ít có khả năng dương tính, lo sợ cho sức khỏe bản thân và gia đình, sức khỏe suy yếu hoặc bạn tình hoặc con tử vong [175]; Có kiến thức về HIV do được giáo dục và truyền thông đầy đủ về HIV [253].

Môi trường xã hội: có sự hỗ trợ của cộng đồng, tham gia của người cùng nhóm dân tộc, giảm sự phân biệt đối xử [175].

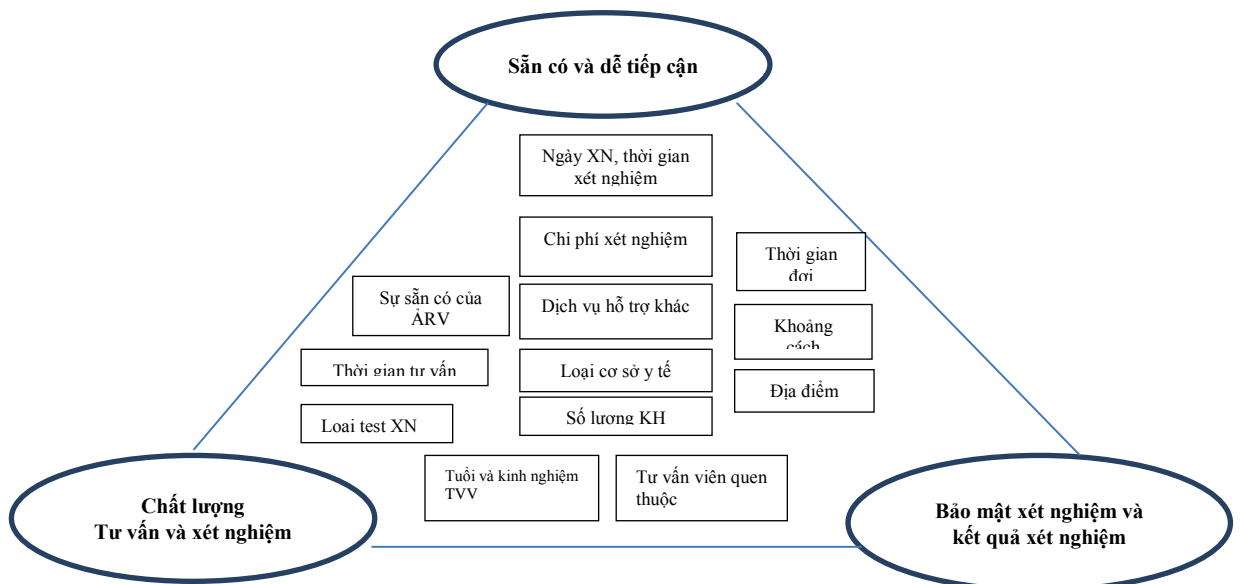
Hệ thống y tế: Cơ sở cung cấp dịch vụ thoải mái tiện lợi, phù hợp với đặc điểm của nhóm như sự hỗ trợ của cán bộ cộng đồng, cán bộ dân tộc [175]. Nhiều loại hình, nhiều lựa chọn và có sự quảng bá dịch vụ xét nghiệm ưu thích [253], cho kết quả nhanh chính xác không phải đợi chờ kết quả [181], đặc biệt việc áp dụng các mô hình POCT HIV tại nhà, cộng đồng [97], các mô hình xét nghiệm đảm bảo tính

bí mật, tiện lợi sẵn có và có chất lượng [196]. Nhân viên y tế gợi ý xét nghiệm HIV [97].

Tại Việt Nam những yếu tố thúc đẩy được đề cập như: Những bệnh nhân có tuổi cao, hiểu biết về hành vi nguy cơ, tầm quan trọng của xét nghiệm, chung thủy với bạn tình, thu nhập cao, có triệu chứng gợi ý như nhiễm STI, có hành vi tình dục an toàn, có tiếp xúc với nhân viên tiếp cận cộng đồng thường có xu hướng tiếp cận và sử dụng xét nghiệm HIV [23], [28], [40], [65]. Hệ thống y tế có triển khai lồng ghép với các chương trình can thiệp có liên quan [144], lồng ghép của các dịch vụ trong cơ sở y tế cho nhóm có hành vi nguy cơ cao, chất lượng liên kết sau xét nghiệm tốt, dịch vụ ARV và điều trị MMT sẵn có, hoạt động hiệu quả của nhóm tiếp cận cộng đồng [95] thúc đẩy nhu cầu và sử dụng xét nghiệm của bệnh nhân.

1.2.3.3. Mô hình xét nghiệm HIV được ưa thích

Đối với các yếu tố xã hội rất khó can thiệp cần một thời gian dài và sự phối hợp nhiều nhiều thành phần của xã hội để làm thay đổi các yếu tố rào cản. Tương tự với các yếu tố cá nhân cần có sự tác động theo thời gian và phụ thuộc vào đặc điểm văn hóa xã hội của cá nhân đó. Việc thay đổi các yếu tố liên quan hệ thống y tế khả thi và dễ can thiệp hơn. Một số nghiên cứu cho thấy mô hình xét nghiệm được ưa thích [196] như sơ đồ sau:



Sơ đồ 1. 8. Yếu tố liên quan đến mô hình xét nghiệm ưa thích

1.3. Mô hình xét nghiệm HIV trong nghiên cứu

1.3.1. Khái niệm POCT

Trong Lao và HIV thì POCT (Point of care testing) được định nghĩa như sau “là một xét nghiệm chẩn đoán được thực hiện gần hoặc tại cơ sở điều trị, có thời gian trả kết quả nhanh để có thể đưa ra những chỉ dẫn cho việc quản lý điều trị bệnh nhân”. Như vậy các khái niệm POCT đều hướng đến xét nghiệm được thực hiện gần hoặc tại cơ sở chăm sóc và cho kết quả nhanh [101].

1.3.2. Hình thức và ứng dụng POCT trong xét nghiệm HIV

POCT HIV sử dụng rất linh hoạt có thể ngoài hoặc trong cơ sở y tế, từ tuyến ban đầu đến chuyên sâu, những người thực hiện POCT HIV có thể từ không chuyên như nhân viên hỗ trợ cộng đồng, đồng đảng viên được tập huấn hướng dẫn xét nghiệm đến nhân viên y tế như xét nghiệm viên, y tá, điều dưỡng, có thể dùng POCT HIV để sàng lọc hoặc khẳng định nhiễm HIV [63], [114], [119]:

- Trong cơ sở y tế để sàng lọc hoặc khẳng định nhiễm HIV
 - Sàng lọc nhiễm HIV cho PNMT, cho trẻ phơi nhiễm HIV, nhóm bệnh nhân nhiễm STI/Viên gan/Lao, người có nguy cơ cao.
 - Khẳng định nhiễm HIV khi áp dụng các phương cách sử dụng 2 sinh phẩm nhanh hoặc 3 sinh phẩm nhanh do cán bộ y tế thực hiện.
- Ngoài cơ sở y tế để sàng lọc HIV
 - Tại những cơ sở khép kín như trại giam/tạm giam, cơ sở cải tạo, quản thúc.
 - Tại cộng đồng lưu động trong các tháng chiến dịch, tại nhà, tại tụ điểm, qua CBO, câu lạc bộ... thông qua nhiều hình thức khác nhau.

Tại Việt Nam, POCT đang thí điểm để sàng lọc do cán bộ y tế xã hoặc y tế thôn bản thực hiện; xét nghiệm không chuyên do cộng tác viên và đồng đảng viên thực hiện; tự xét nghiệm.

1.3.3. Đặc điểm của POCT HIV

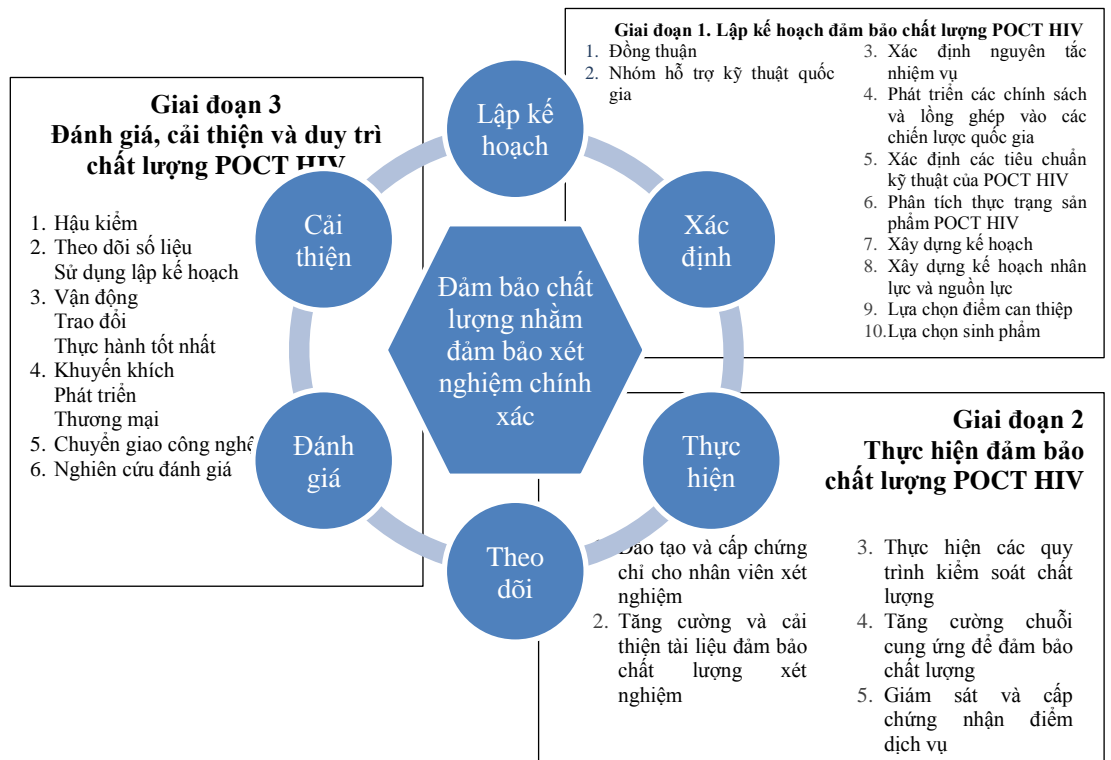
Tổ chức Y tế Thế giới có đề xuất 07 tiêu chuẩn áp dụng POCT gồm: 1/ Chi phí phù hợp cho việc xác định các yếu tố truyền nhiễm, 2/ Độ nhạy tốt (ít âm tính giả phát hiện ca bệnh triệt để), 3/ Độ đặc hiệu tốt (ít dương tính giả tránh các trường hợp chẩn đoán nhầm gây sai số), 4/ Sử dụng thân thiện (đơn giản khi thực hiện, đào tạo ở mức tối thiểu), 5/ Kỹ thuật cho kết quả nhanh (để có thể tiếp cận điều trị ngay

tại lần khám đầu tiên), 6/ Không cần bảo quản sinh phẩm và trang thiết bị xét nghiệm, 7/ Có khả năng phân phối đến những nơi mọi người cần [208].

- Sinh phẩm sử dụng cho POCT HIV là các sinh phẩm nhanh: có độ nhạy/độ đặc hiệu nhất định, phụ thuộc vào người sử dụng, bảo quản và chất lượng sinh phẩm. Nên để chẩn đoán HIV phải kết hợp 2 hoặc 3 sinh phẩm nhanh hoặc với SLab.
- Trang thiết bị cho POCT HIV chỉ cần: pipet, tủ lạnh để bảo quản sinh phẩm/bệnh phẩm, đồng hồ đo thời gian thực hiện xét nghiệm.
- Cơ sở vật chất cho POCT HIV: chỉ cần có bàn thực hiện xét nghiệm bằng phẳng và có thể sát trùng khử khuẩn được sau khi xét nghiệm, các dụng cụ y tế khác và đảm bảo an toàn dự phòng phổ cập.
- Xét nghiệm POCT HIV có thể thực hiện trên mẫu máu toàn phần, máu đầu ngón tay, huyết thanh/huyết tương, dịch nước bọt.
- Số lượng mẫu xét nghiệm thường ít khoảng từ 10 -15 mẫu. Thời gian thực hiện xét nghiệm ngắn thường từ 15-60 phút.

1.3.4. Đảm bảo chất lượng POCT HIV

Mô hình đảm bảo chất lượng triển khai POCT HIV 3 giai đoạn [201] như sau :



Sơ đồ 1. 9. Đảm bảo chất lượng POCT HIV

Việc triển khai thực hiện POCT HIV trên thực địa cần chú trọng thực hiện đồng bộ các yếu tố sau:

- Đảm bảo nhân lực xét nghiệm đủ và được tập huấn.
- Chuẩn hóa tài liệu, sổ sách quản lý dữ liệu xét nghiệm [55], [112].
- Sinh phẩm được kiểm định, đánh giá chất lượng trước khi sử dụng. Phương cách xét nghiệm phù hợp, chuỗi cung ứng sinh phẩm xét nghiệm đảm bảo chất lượng, kịp thời, không bị gián đoạn.
- Chương trình kiểm soát chất lượng từ bên ngoài (PT hay EQA) được cung cấp và duy trì. Sử dụng mẫu panel khô (DTS) hoặc giọt máu khô (DBS) là giải pháp cho việc đảm bảo chất lượng, thực hiện chương trình ngoại kiểm và cải thiện chất lượng POCT HIV ở vùng sâu xa, điều kiện bảo quản vận chuyển khó khăn [55], [74], [112], [205].
- Chương trình nội kiểm (QC) cần thực hiện mẫu nội kiểm thường xuyên giúp cho việc kiểm tra trang thiết bị, chất lượng sinh phẩm, đánh giá lô sinh phẩm mới sử dụng, đảm bảo năng lực của người xét nghiệm, cung cấp kết quả chính xác cho bệnh nhân, số liệu thu thập từ các mẫu QC giúp cho việc đánh giá chất lượng sinh phẩm [112]. Với mô hình POCT HIV chương trình nội kiểm nên thực hiện khi đào tạo nhân viên mới, nhận lô sinh phẩm hoặc đợt sinh phẩm mới, khi nhiệt độ bảo quản sinh phẩm ngoài giới hạn, khi kết quả không hợp lệ liên tiếp xảy ra trên cùng một khách hàng, hoặc khi thực hiện được 20 mẫu xét nghiệm [2], [69].
- Hậu kiểm: Đóng vai trò quan trọng trong việc theo dõi chất lượng các sinh phẩm sử dụng sau khi xuất xưởng hoặc khi vào thị trường, để tránh các trường hợp chất lượng sinh phẩm không tốt theo từng lô sinh phẩm, hoặc có lỗi trong quá trình sản xuất.
- Thực hiện POCT cùng với hệ thống phòng xét nghiệm chuẩn thức.

Tóm lại: Áp dụng POCT chỉ mang lại hiệu quả phổ cập tiếp cận xét nghiệm khi được đánh giá nghiêm ngặt, sử dụng đúng, kiểm soát chất lượng chặt chẽ để đảm bảo độ chính xác của kết quả xét nghiệm khi thực hiện POCT cho bệnh nhân.

1.3.5. Mô hình POCT HIV được ưa thích và chấp nhận sử dụng

1.3.5.1. Khách hàng thích POCT HIV:

Khoảng từ 60-97% khách hàng thích POCT HIV, mức độ thích cao ở cả các nhóm quần thể nguy cơ cao, nhóm quần thể nguy cơ ít và nhóm chưa từng xét nghiệm HIV [79], [86], [90], [125], [140], [141], [169], [81], [172], [181], [204], [217], [224], [81] và cao gấp 2 đến 3 lần so với 9,7-30% khách hàng thích SLab [86], [169], [172], [181], [224]. Mức độ thích POCT HIV cũng khác nhau tùy theo vị trí cung cấp POCT và rất đa dạng phong phú, nhìn chung vẫn thích POCT HIV ở các cơ sở có sự hỗ trợ sau xét nghiệm hơn là tự xét nghiệm hoặc tại nhà [140], [141]. Từ việc thích nên dẫn đến:

- 80-100% đã xét nghiệm hoặc cam kết xét nghiệm POCT so với chỉ khoảng 30-50% lựa chọn SLab để xét nghiệm trong các nhóm vị thành niên ở Mỹ [181], nhóm nguy cơ cao trong nghiên cứu ở Anh [172], bệnh nhân STI ở Canada [169], nữ giới ở Canada [224], GBM tại Australia [90]; MSM ở Australia [217]; Bệnh nhân STI của Ấn Độ và NCMT ở Canada [203].
- Giới thiệu khách hàng khác sử dụng POCT HIV như: 92% người nguy cơ cao trong một nghiên cứu ở Anh giới thiệu dịch vụ POCT HIV cho người khác sử dụng [172]; 93,4% GBM trong một nghiên cứu ở Australia giới thiệu dịch vụ này cho người khác [90]; 75% MSM trong nghiên cứu ở Pháp giới thiệu xét nghiệm cho bạn [84].
- Sử dụng lại POCT HIV rõ ràng hơn ở nhóm hành vi nguy cơ cao: 81% vị thành niên trong nghiên cứu ở Mỹ sử dụng lại trong vòng từ 6-12 tháng [125]; 78,8% GBM trong nghiên cứu ở Australia quay trở lại xét nghiệm POCT HIV định kỳ [90]; 74% và 61% MSM trong nghiên cứu khác ở Australia xét nghiệm thường xuyên ở phòng khám hoặc tại nhà nếu POCT HIV sẵn có [86]. 90% MSM xét nghiệm POCT HIV tại phòng khám cộng đồng ở Montreal Canada có cam kết xét nghiệm lại vì có POCT HIV [240]; 54% MSM có kết quả âm tính trong nghiên cứu tại Pháp sử dụng lại xét nghiệm tại cùng địa điểm [84].
- Khách hàng sẵn sàng chi trả cho dịch vụ POCT HIV: 70,5% và 69,8% bệnh nhân STI trong nghiên cứu tại Canada sẵn sàng chi trả với mức từ 15-20

USD/lần [169]; 50,3% và 31,7% GBM trong nghiên cứu ở Australia sẵn sàng chi trả ở mức 15-20 USD/lần [90].

Lý do thích POCT HIV được đề cập như: xét nghiệm nhanh, cho kết quả nhanh, đơn giản, tiện lợi; bệnh nhân không cần phải quay trở lại cơ sở lần nữa để lấy kết quả, đỡ căng thẳng tâm lý, chờ đợi kết quả [79], [84], [169], [141], [217]; [240].

1.3.5.2. Khách hàng lựa chọn POCT HIV nhiều hơn SLab:

Phần lớn khách hàng lựa chọn POCT HIV từ 44-96,5% cao hơn so với tỷ lệ khách hàng chọn SLab từ 3,5-55% [108, 119, 123, 157, 220]. Nhóm khách hàng có hành vi nguy cơ cao và nam giới, bạn tình người nhiễm HIV, người sử dụng ma túy, cả nhóm đã từng và lần đầu xét nghiệm có xu hướng lựa chọn POCT HIV nhiều hơn SLab [108], [157], [123]. Có nhiều lý do để khách hàng lựa chọn POCT HIV, trong đó có việc muốn biết kết quả ngay như nghiên cứu của Mỹ [220], không phải quay lại phòng khám thêm để nhận kết quả trong nghiên cứu tại Canada [123].

1.3.5.3. Khách hàng chấp nhận sử dụng POCT HIV

Khoảng 69,6 - 98% trong nhóm đích can thiệp như MSM, NCMT, PNBD, bệnh nhân STI, nhóm người di biến động chấp nhận sử dụng POCT HIV ở những nơi tập trung nhiều đối tượng nguy cơ cao như câu lạc bộ, nhà tắm công cộng, nơi ở, trung tâm điều trị cai nghiện, các phòng khám chuyên khoa về STI hoặc sức khỏe tình dục [54], [75], [160], [218].

1.4. Đánh giá hiệu quả can thiệp POCT HIV

1.4.1. Hiệu quả chương trình

- Cải thiện tiếp cận sử dụng: Tăng số lượng xét nghiệm; Tiếp cận người chưa từng xét nghiệm qua chỉ số “% Người xét nghiệm lần đầu”; Tiếp cận nhiều hơn người cần xét nghiệm lại qua chỉ số “% Người đã không xét nghiệm trong vòng 1 năm qua hoặc > 1 năm”; tăng số lượng người có nguy cơ xét nghiệm qua chỉ số “% người có yếu tố/hành vi nguy cơ xét nghiệm trong tổng số người xét nghiệm”.
- Cải thiện việc nhận kết quả đánh giá qua “% khách hàng xét nghiệm và quay trở lại nhận kết quả”.
- Cải thiện phát hiện người nhiễm HIV qua “% HIV dương tính được phát hiện”

- Cải thiện tình trạng xét nghiệm muộn thể hiện qua chỉ số “% Phát hiện người nhiễm ở giai đoạn sớm hơn” ví dụ như phát hiện được ở giai đoạn chuyển đổi huyết thanh, giai đoạn lâm sàng I, II, có chỉ số CD4 lần đầu cao ≥ 350 tế bào/mm³.
- Cải thiện kết nối tới dự phòng và chăm sóc điều trị thể hiện “% Kết nối tới điều trị ARV”, “% Kết nối tới dự phòng”.

1.4.1.1. Cải thiện việc tiếp cận, sử dụng:

a. Tăng tỷ lệ/số lượng xét nghiệm HIV

POCT HIV làm tăng tỷ lệ xét nghiệm HIV từ 36,9 - 102,9% trong các nhóm cần xét nghiệm sau can thiệp [108], [119], [220]. Cải thiện thực hiện được từ 87,4 - 100% xét nghiệm HIV, cao hơn với mặt bằng chung Quốc gia [121].

POCT HIV làm tăng số lượng mẫu xét nghiệm từ 114 lên 273 xét nghiệm/tháng sau can thiệp POCT HIV sàng lọc [89]. Tăng 35,8% số mẫu xét nghiệm sàng lọc cho nhóm MSM tại CBO và CDC tại Trung Quốc [266].

b. Tiếp cận được những người chưa từng xét nghiệm HIV

POCT HIV tiếp cận được 8,1-60% người chưa từng xét nghiệm HIV. Tỷ lệ cao hơn ở nhóm bạn tình người nguy cơ cao, MSM, sinh viên đại học và nhóm người di biến động [80], [82], [104], [106], [119], [142], [222], [223], [207], [240]. Mức độ tiếp cận được cao hơn khi áp dụng mô hình ở các cơ sở y tế, lưu động hoặc chuyên khoa, tỷ lệ là 40-55% ở trung tâm y tế, phòng khám cấp cứu và các phòng khám chuyên khoa STI [71], [104], [119], [240]; 50-60% tại cộng đồng qua tháng chiến dịch, đợt lưu động [106], [207]; 8.1 - 30% tại các trung tâm hỗ trợ cộng đồng (CBO) [80], [223]; 28-46% khi lưu động [238]; 73% PNMT và 37% bạn tình của PNMT ở cơ sở sản khoa [131].

POCT HIV còn tiếp cận được cả những người nhiễm HIV chưa từng xét nghiệm: 15,1% người HIV dương tính lần đầu tiên xét nghiệm POCT HIV [82]; 11% dương tính HIV trong số những người lần đầu tiên xét nghiệm HIV trong can thiệp POCT HIV tại phòng khám cộng đồng cho bạn tình của người có hành vi nguy cơ cao ở Mỹ [268].

c. Tiếp cận nhiều hơn những người cần xét nghiệm lại

POCT HIV tiếp cận được 10,2-63% những người không thường xuyên xét nghiệm HIV định kỳ, cụ thể: 33% trong nhóm MSM tại Pháp đã không xét nghiệm trong vòng 2 năm qua [84]; 33,7% trong nhóm MSM tại Tây Ban Nha đã không xét nghiệm HIV trong vòng 1 năm [106]; 29% trong nhóm MSM tại Phòng khám ở Canada không thực hiện xét nghiệm HIV trong vòng 2 năm qua [240].

Sử dụng POCT HIV còn cho thấy tỷ lệ xét nghiệm lại là 1,32 lần cao hơn so với 1,01 lần ở SLab [217].

1.4.1.2. Cải thiện việc phát hiện người nhiễm HIV

POCT HIV phát hiện được nhiều người nhiễm HIV hơn so với SLab: Tỷ lệ phát hiện HIV dương tính là 15,7% ở nhóm sử dụng POCT HIV, so với 12,6% ở nhóm sử dụng SLab trong nghiên cứu tại phòng khám sức khỏe ban đầu cho dân nhập cư gốc phi ở Pháp [79]. Theo dõi 18 tháng thí điểm POCT HIV tại các cơ sở y tế tuyến huyện/xã, cho thấy tỷ lệ phát hiện HIV dương tính là 0,7% ở mô hình POCT HIV so với 0,1% ở SLab, mặc dù tỷ lệ thực hiện POCT HIV chỉ chiếm 10% tổng số xét nghiệm HIV được thực hiện trên địa bàn tỉnh [110].

POCT HIV làm tăng tỷ lệ phát hiện HIV dương tính trước và sau can thiệp: Từ 1,3% lên 4,1% sau 5 tháng can thiệp tại phòng khám sức khỏe cộng đồng trên nhóm MSM tại Australia [105]; Từ 1,9 % lên 2,7% sau 10 tháng can thiệp tại phòng khám STI nông thôn nước Mỹ [160]; Tăng số ca phát hiện dương tính trung bình hàng tháng từ 1,5 lên 4 ca sau 2 năm can thiệp ở phòng khám cấp cứu ở Mỹ [89]; Tăng từ 0,2% lên 0,4% sau can thiệp tại phòng khám cấp cứu ở Baltimore - Mỹ [231]; Tăng từ 1% lên 1,1% sau 6 tháng can thiệp tại 61 cơ sở xét nghiệm ngoài cơ sở y tế ở NewYork - Mỹ [220].

1.4.1.3. Cải thiện việc nhận kết quả xét nghiệm

Tỷ lệ nhận kết quả sau POCT HIV khoảng từ 75-100%, cao ở các nhóm đối tượng kể cả trong nhóm âm tính hay dương tính, các mục đích cách thức và địa điểm áp dụng, cao hơn so với 35-90% sau SLab [58], [61], [79], [80], [121], [143], [160], [171], [181], [220], [221]. So sánh áp dụng POCT HIV và SLab tại các cơ sở

VCT ở Mỹ, tỷ lệ quay trở lại nhận kết quả ở mô hình POCT HIV cao hơn với hệ số $RR = 1,74$ [250].

POCT HIV làm tăng tỷ lệ nhận kết quả xét nghiệm kể cả khi áp dụng sàng lọc: tỷ lệ cải thiện nhận kết quả xét nghiệm tăng từ 84,2% lên 98,7% trong nghiên cứu can thiệp tại 61 phòng khám cộng đồng, nhà tù, trại giam ở Mỹ. Tỷ lệ nhận kết quả tăng 5,6% so với ban đầu khi can thiệp POCT HIV tại CBO và CDC cho MSM ở Trung Quốc [266].

Hiệu quả can thiệp cũng rất rõ ràng kể cả khi áp dụng POCT HIV khẳng định lồng ghép với cả chẩn đoán các bệnh khác: Tỷ lệ nhận kết quả sau POCT HIV là 98,2% cao hơn so với sau SLab là 64,2% khi can thiệp mô hình trong 3 tháng để chẩn đoán nhiễm HIV, HBV, HCV cho người nhập cư gốc Phi tại phòng khám ở Pháp [79]; 100% khách hàng và bệnh nhân nhận kết quả sau POCT HIV so với 60% khách hàng và 90% bệnh nhân Lao sau SLab khi can thiệp tại phòng VCT và phòng khám Lao bệnh viện [61].

POCT khẳng định HIV còn rút ngắn thời gian nhận kết quả và giảm tỷ lệ mất dấu: 91,3% khách hàng nhận kết quả sau 01-21 ngày và 4% mất dấu ở mô hình POCT HIV so với 46,7% nhận kết quả và 10% mất dấu ở mô hình SLab trong can thiệp POCT HIV sàng lọc và khẳng định cho vị thành niên tại phòng khám sức khỏe ban đầu ở Mỹ [181]; 100% khách hàng nhận kết quả ở mô hình POCT HIV so với 47% nhận kết quả ở mô hình SLab khi can thiệp POCT HIV khẳng định cho khách hàng nguy cơ cao tại 9 POC và 23 SLab [99].

Hiệu quả hơn khi có phối hợp với các yếu tố can thiệp khác như hỗ trợ của y tá tham gia sàng lọc nguy cơ tại phòng khám sức khỏe ban đầu tại Mỹ có 79,8% khách hàng nhận kết quả ở mô hình POCT HIV cao hơn các mô hình phối hợp với SLab là 31% và 14,6% với mô hình không can thiệp [58].

1.4.1.4. Cải thiện tình trạng xét nghiệm muộn

POCT HIV làm một trong những giải pháp để giải quyết các yếu tố rào cản liên quan đến việc tiếp cận, sử dụng xét nghiệm HIV, chính vì vậy mô hình giúp cho việc giảm hành vi trì hoãn xét nghiệm HIV, giúp tiếp cận xét nghiệm HIV ở giai đoạn sớm để điều trị sớm hơn, kéo dài tuổi thọ.

POCT HIV phát hiện nhiều hơn người nhiễm HIV ở giai đoạn chuyển đổi huyết thanh: 33% trong số MSM xét nghiệm phát hiện ở giai đoạn mới nhiễm, cao hơn so trước khi can thiệp chỉ có 18% tại phòng khám cộng đồng ở Montreal-Canada, 11% ở bang lân cận - Quebec [240]; 40% trong số MSM xét nghiệm phát hiện được ở giai đoạn mới nhiễm khi can thiệp tại nhà tắm công cộng tại NewYork - Mỹ [96].

POCT HIV phát hiện nhiều hơn người nhiễm HIV ở giai đoạn mới nhiễm phản ứng miễn dịch mạnh thể hiện qua chỉ số CD4 cao tại giai đoạn phát hiện hoặc tiếp cận điều trị ARV: Tỷ lệ bệnh nhân mới phát hiện có CD4 < 350 tế bào/mm³ thấp chỉ từ 21,3% qua mô hình lưu động, 25,9% qua hệ thống phòng khám STI so với tỷ lệ chung là 54,8% khi can thiệp POCT HIV tại cộng đồng, phòng khám STI ở Tây Ban Nha [72]; 80% người mới phát hiện nhiễm HIV có CD4 > 500 tế bào/mm³ khi can thiệp POCT HIV tại 4 CBO cho MSM ở Pháp [84]; Kết quả chỉ số CD4 trung bình là 396 tế bào/mm³ ở nhóm sử dụng POCT HIV cao hơn kết quả 194 tế bào/mm³ ở nhóm sử dụng SLab khi can thiệp cùng thời điểm tại các phòng khám sức khỏe ban đầu [165].

1.4.1.5. Cải thiện kết nối tới dự phòng, chăm sóc, điều trị

a. Tăng tỷ lệ kết nối bệnh nhân HIV tới điều trị ARV

Áp dụng POCT khẳng định HIV có tỷ lệ kết nối tới chăm sóc và điều trị thành công đạt từ 70-100% cao hơn nhiều so với 42-65% trước hoặc không can thiệp: Tăng tỷ lệ kết nối tới chăm sóc và điều trị từ 61% ở khách hàng VCT và 92% ở nhóm bệnh nhân Lao lên 100% ở cả 2 nhóm sau can thiệp tại cơ sở VCT, phòng khám Lao của bệnh viện KATH - Ghana [17]; 73,3% bệnh nhân HIV phát hiện được kết nối với chăm sóc và điều trị ở mô hình POCT HIV so với 65% bệnh nhân HIV phát hiện ở mô hình SLab khi can thiệp theo dõi 24 tháng trên nhóm khách hàng tại 24 điểm POC ở New Jersey [174]; 90% bệnh nhân HIV phát hiện qua POCT HIV kết nối tới chăm sóc và điều trị so với 60% bệnh nhân HIV phát hiện ở mô hình SLab khi can thiệp tại phòng khám cộng đồng cho nhóm dân nhập cư gốc Phi ở Pháp [79].

Áp dụng POCT để khẳng định, hiệu quả rõ ràng hơn so với để sàng lọc: Nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân cấp cứu tại phòng khám cấp cứu bệnh viện - Mỹ, kết quả

khi áp dụng dùng sinh phẩm thế hệ thứ 4 để khẳng định với hỗ trợ tư vấn của nhân viên y tá tỷ lệ đạt 93% so với 81% khi áp dụng sàng lọc [231]; Kết quả kết nối điều trị trong vòng 90 ngày tăng 35% ở mô hình POCT khẳng định HIV so với mô hình SLab khi can thiệp tại 9 POC và 23 cơ sở Lab - Mỹ [99]; 100% nhận kết quả và chuyển tiếp tới chăm sóc điều trị sau POCT HIV cao hơn nhiều so với 44,8% ở nhóm không sử dụng, 42% ở nhóm không can thiệp trong nghiên cứu áp dụng lưu động, tại HTC của các phòng khám sức khỏe ban đầu ở Los Angeles - Mỹ [147].

Áp dụng POCT HIV để sàng lọc cũng cho thấy việc cải thiện tỷ lệ chuyển gửi tới chăm sóc và điều trị và giảm tỷ lệ mất dấu so với việc áp dụng SLab: Tỷ lệ kết nối đạt từ 76-97% ở mô hình POCT HIV và đều cao hơn so với 41-84% ở mô hình SLab [119], [160], [171]; Giảm tỷ lệ mất dấu từ xét nghiệm sàng lọc đến chăm sóc từ 43% xuống còn 15% khi áp dụng POCT HIV tại CBO và CDC ở Trung Quốc [266].

Một số yếu tố hỗ trợ hiệu quả khi áp dụng POCT HIV như sử dụng sinh phẩm thế hệ 4, hoặc kết hợp với khẳng định ngay tại chỗ, hỗ trợ của nhân viên y tế trong suốt quá trình xét nghiệm [231], hỗ trợ của nhân viên tiếp cận cộng đồng, thực hiện lồng ghép các dịch vụ tại một cơ sở hoặc thực hiện tại cơ sở có tính chuyên nghiệp đặc thù như trung tâm kiểm soát dịch bệnh có tỷ lệ kết nối cao hơn [266]. Tuy nhiên việc áp dụng POCT HIV để khẳng định mới chỉ đề cập đến việc thực hiện ở các cơ sở y tế như bệnh viện, cơ sở chăm sóc và điều trị, chưa thấy đề cập thực hiện tại cộng đồng.

b. Tăng tỷ lệ kết nối khách hàng nguy cơ cao tới các dịch vụ dự phòng khác

POCT sàng lọc HIV cải thiện tới chăm sóc hỗ trợ lên 2 lần, tăng tỷ lệ chuyển gửi tới xét nghiệm phát hiện STI so với áp dụng SLab, tăng tỷ lệ điều trị dự phòng PEP từ 2,3% lên 18,6% [119].

POCT sàng lọc HIV tại các cơ sở chăm sóc sản khoa cải thiện tỷ lệ tiếp cận với chẩn đoán sớm, cho trẻ ăn sữa thay thế: 77,3% trẻ sinh ra từ mẹ có kết quả sàng lọc HIV dương tính được làm PCR trong vòng 6 tuần đầu và 1 trẻ dương tính được điều trị ARV sau can thiệp POCT sàng lọc HIV ở cơ sở sản khoa tại Cambuchia [131];

96% PNMT dương tính được điều trị ARV và 94% trẻ phơi nhiễm được uống sữa thay thế sau áp dụng POCT HIV tại khoa sản bệnh viện ở Canada [146].

1.4.2. Hiệu quả kinh tế

Hiệu quả kinh tế được đánh giá xem xét thông qua việc: 1/Tiết kiệm chi phí cho một ca xét nghiệm được thể hiện qua chỉ số “Chi phí trung bình cho 1 trường hợp xét nghiệm HIV”, cho một ca phát hiện HIV dương tính được thể hiện qua chỉ số “Chi phí trung bình cho việc phát hiện một trường hợp HIV dương tính”; 2/Tiết kiệm về thời gian ở các giai đoạn của quá trình từ khi bệnh nhân tiếp cận đến khi bệnh nhân được chẩn đoán và tiếp cận với điều trị ARV được đánh giá thông qua chỉ số “số ngày trung bình cho từng khâu đoạn của quá trình”.

1.4.2.1. Tiết kiệm về thời gian

Áp dụng POCT HIV tiết kiệm thời gian nhận kết quả xét nghiệm và cải thiện tỷ lệ nhận kết quả sớm trong ngày: Rút ngắn thời gian chờ nhận kết quả xét nghiệm được 11,4 ngày so với SLab khi áp dụng POCT HIV để khẳng định [237]. Giảm từ 23-80% thời gian trung bình chờ đợi kết quả của nhóm trẻ từ 3 -18 tháng tuổi khi áp dụng POCT HIV sàng lọc kết hợp với PCR để chẩn đoán sớm [176]; Giảm thời gian trung bình nhận kết quả ngắn từ 1–8 giờ ở mô hình POCT HIV so với từ 1 – 14 ngày ở mô hình (RT + SLab) [77], [99], [119], [147], [226], [231], [237] hoặc 21 ngày (12 – 295 ngày) ở mô hình chỉ có SLab [181]; Tăng tỷ lệ nhận kết quả sớm với khoảng 80 - 100% khách hàng của POCT HIV nhận kết quả trong ngày, 8% nhận kết quả từ 1 – 21 ngày trong khi đó tỷ lệ này là 46,7% ở SLab [181].

Rút ngắn thời gian kết nối từ khi xét nghiệm khẳng định đến tiếp cận với chăm sóc và điều trị “thời gian chờ điều trị ARV”: Thời gian trung bình từ xét nghiệm khẳng định đến với chăm sóc và điều trị là 3,1-10 ngày với hơn 97% kết nối thành công ở mô hình POCT HIV so với 13,2-41 ngày với 44 - 84% kết nối ở mô hình SLab [160], [171], [268], [266].

Hiệu quả rõ hơn khi áp dụng ở cơ sở y tế tuyến đầu như trạm y tế xã, trung tâm y tế, các phòng khám STI, bệnh viện, trung tâm kiểm soát dịch bệnh: Giảm thời gian từ khi sàng lọc đến khi nhận kết quả khẳng định HIV của các đơn vị gửi mẫu

từ 37 ngày xuống còn 8 ngày khi áp dụng POCT HIV để khẳng định tại Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS của tỉnh Yên Bái – Việt Nam [36];

1.4.2.2. Tiết kiệm chi phí

a. Tiết kiệm chi phí xét nghiệm:

Chi phí xét nghiệm gồm chi phí nhân công, cơ sở vật chất, trang thiết bị khấu hao để thực hiện cho 1 người xét nghiệm, phát hiện 1 trường hợp được chẩn đoán xác định HIV dương tính.

Can thiệp POCT HIV khẳng định hiệu quả trong việc tiết kiệm chi phí xét nghiệm hơn so với SLab: Chi phí một trường hợp xét nghiệm POCT HIV là 20,38 USD so với 26,1 USD ở SLab, chi phí một trường hợp khẳng định nhiễm HIV bằng POCT HIV là 2077,15 USD thấp hơn so với 2354,32 USD ở SLab khi can thiệp tại 15 cơ sở xét nghiệm New Jersey – Mỹ [237]; Chi phí cho 1 trẻ xét nghiệm là 7,58-22,75 USD ở mô hình có can thiệp lồng ghép POCT HIV quy trình khẳng định nhiễm HIV cho trẻ dưới 18 tháng tuổi so 23,47 USD ở SLab, chi phí cho 1 trường hợp trẻ được chẩn đoán xác định là 27,96 – 170,28 ở mô hình can thiệp so với 35,02-192,07 USD ở mô hình SLab, đặc hiệu giảm chi phí trong nhóm > 3 tháng tuổi ở Uganda [176].

Áp dụng POCT HIV để khẳng định còn tiết kiệm chi phí hơn là áp dụng POCT HIV chỉ để sàng lọc khi áp dụng ở các nước có thu nhập cao [150], [230], [215].

b. Tiết kiệm chi phí chương trình

Từ việc tiết kiệm các lần khám, các xét nghiệm không cần thiết, việc vận chuyển mẫu, từ đó giảm các chi phí gia tăng, chi phí chương trình:

- Giảm 11-40% số lần khám cần thiết, giảm 22-82% số lần xét nghiệm PCR cần thiết, giảm 23-83% thời gian trung bình đợi kết quả ở nhóm trẻ > 3 tháng, từ đó giảm chi phí chương trình từ 27-40% và giảm chi phí gia tăng 1.489 USD so với SLab khi can thiệp tích hợp POCT HIV vào quy trình chẩn đoán sớm cho trẻ dưới 18 tháng tuổi ở Uganda [176].
- Nghiên cứu mô hình chi phí hiệu quả POCT HIV tại Indonesia, nếu mở rộng từ 73 cơ sở áp dụng POCT HIV năm 2010 lên 594 cơ sở vào năm 2030 làm giảm

36% tỷ lệ hiện nhiễm HIV năm 2030 với chi phí 248 USD để tránh 1 trường hợp nhiễm HIV và 9,17 USD tiết kiệm 1 DALY [270].

- Tiết kiệm 14,68 USD (16%) chi phí cho một ca dương tính khi áp dụng POCT HIV khẳng định bằng 2 sinh phẩm nhanh so với áp dụng sàng lọc kết hợp SLab khẳng định tại 15 cơ sở xét nghiệm ở New Jersey - Mỹ [237].

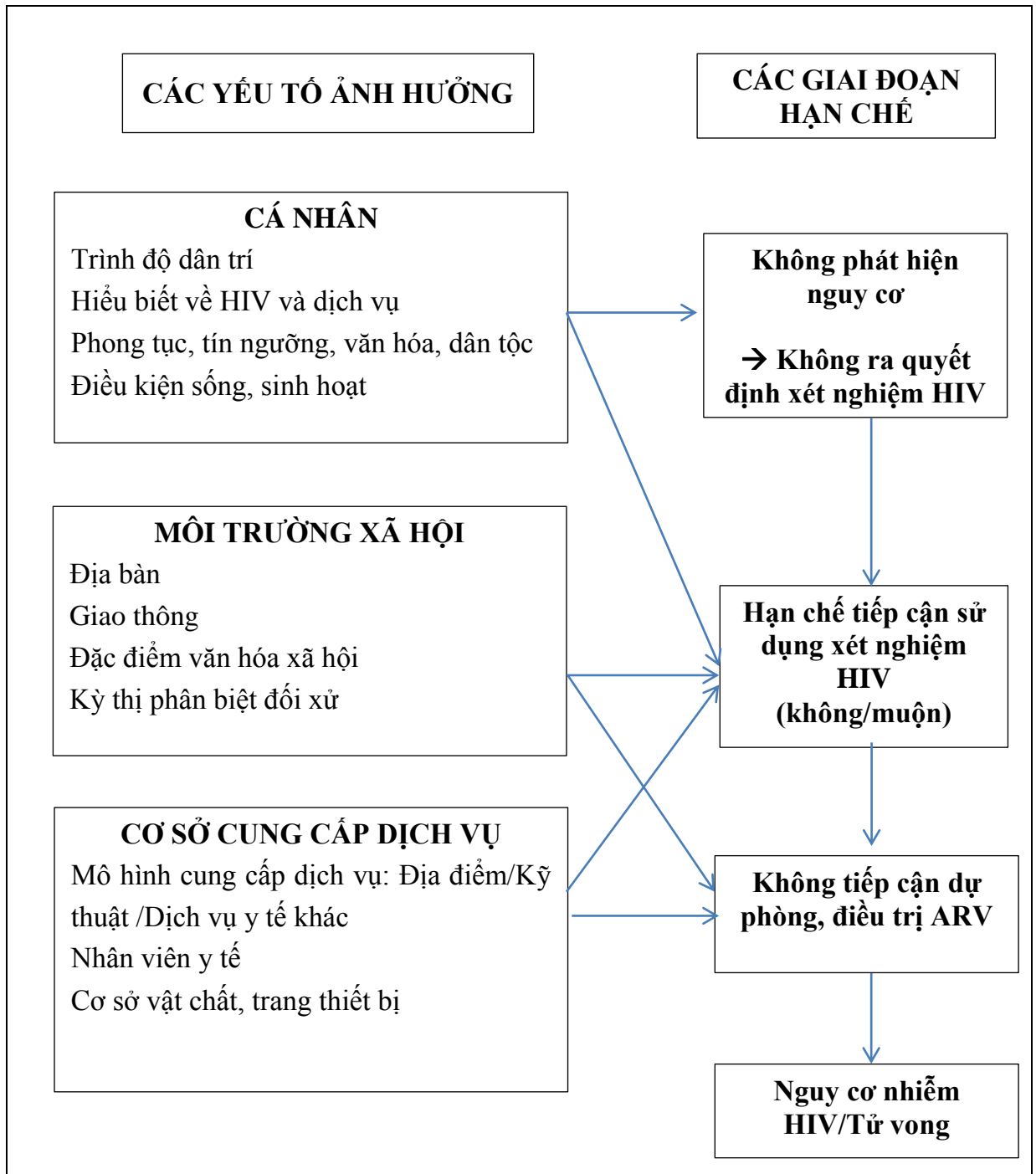
1.4.3. Một số hiệu quả khác

Ngoài ra POCT HIV có một số lợi ích khác như: mang lại sự hài lòng của khách hàng khi sử dụng dịch vụ, thay đổi hành vi của khách hàng, tăng xét nghiệm phát hiện các bệnh truyền nhiễm khác có liên quan, tăng hiểu biết về dịch vụ POCT HIV.

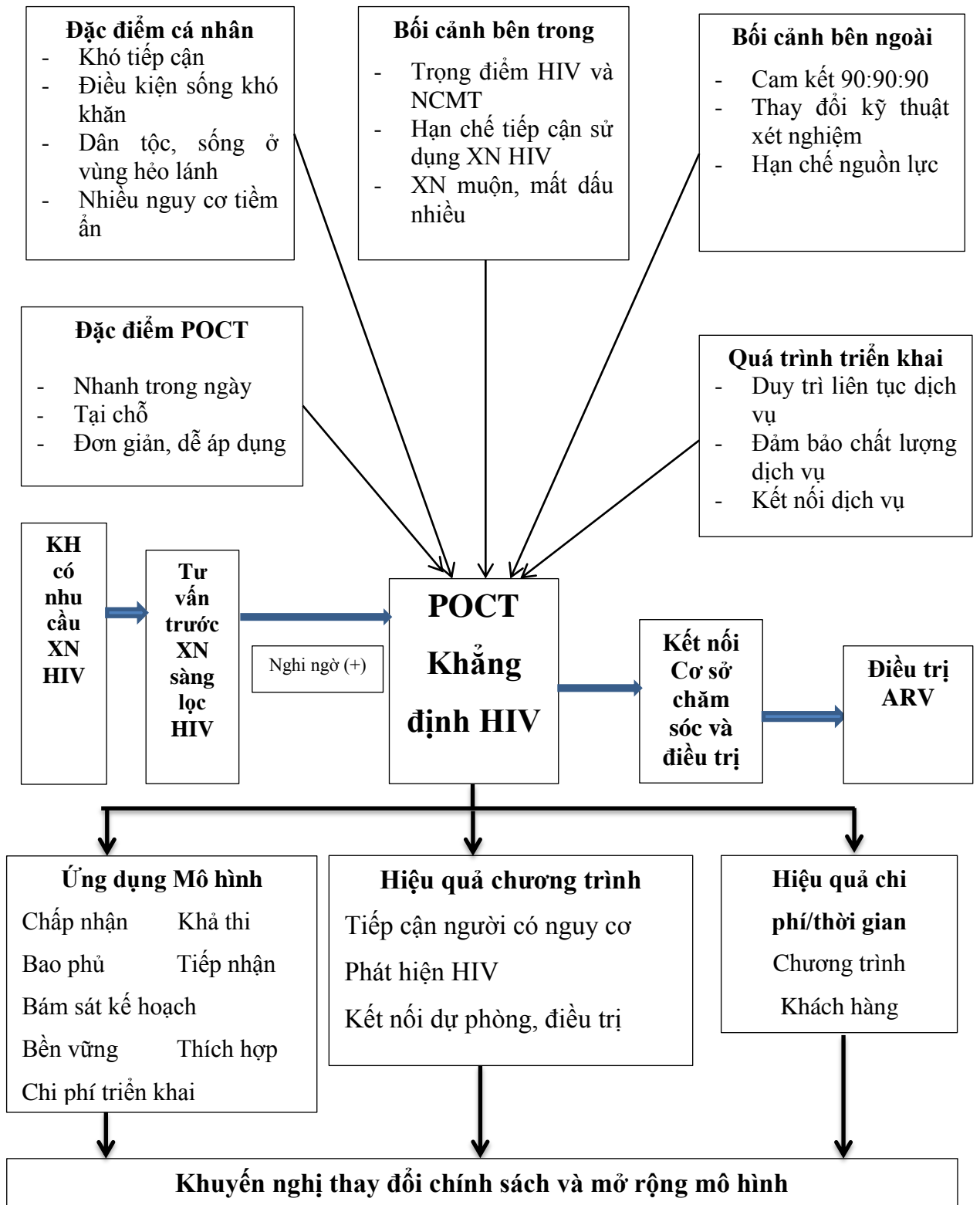
- Mức độ hài lòng cao, khoảng 70-99% khách hàng hài lòng khi sử dụng POCT HIV [84], [105]. 90% khách hàng âm tính hài lòng với dịch vụ so với 70% ở nhóm dương tính [84].
- Nhiều khách hàng thay đổi hành vi và nhận thức về xét nghiệm HIV: khoảng 52-57% khách hàng xét nghiệm lại tại nơi cung cấp POCT [84], [105]; khoảng 75-97% giới thiệu POCT HIV cho bạn bè [84], [233]; Cải thiện việc trao đổi về HIV với bạn tình sau khi áp dụng POCT HIV so với mô hình SLab tại VCT độc lập ở nhà tắm cộng đồng Mỹ [143].
- Người cung cấp dịch vụ cũng hài lòng với POCT HIV: Tăng từ 35 - 80% nhân viên y tế tại 61 cơ sở xét nghiệm tại Mỹ hài lòng với việc sử dụng POCT HIV sau đào tạo [220]; 88,7% nhân viên y tế tại 61 cơ sở xét nghiệm tại Canada sẵn sàng cung cấp POCT HIV cho khách hàng sau khi được đào tạo [110].
- Làm tăng tỷ lệ tiếp cận với chương trình y tế, các xét nghiệm sàng lọc chẩn đoán bệnh truyền nhiễm khác có liên quan. Tăng 73,7% lên 99,6% phụ nữ mang thai được chăm sóc sức khỏe sinh sản, từ 20,6% lên 50,3% được sàng lọc HIV và 49,6% lên 50,3% được sàng lọc giang mai, từ 0% lên 42,2% được sàng lọc HBV khi thực hiện POCT HIV lồng ghép tại cơ sở y tế huyện và lưu động ở vùng nông thôn Guatemala (2015) [232]. Tỷ lệ khám sàng lọc STI cao hơn: 19,1% bệnh nhân được chẩn đoán xác định STI ở mô hình POCT HIV so với 17,1% ở SLab tại 3 PK STI Mỹ [178].

1.5. Khung lý thuyết

Trên cơ sở các nghiên cứu đánh giá tiếp cận, sử dụng dịch vụ y tế và đánh giá hiệu quả khả thi của các giải pháp can thiệp, khung lý thuyết nghiên cứu gồm 2 khung: 1/Khung lý thuyết các yếu tố ảnh hưởng đến tiếp cận, sử dụng xét nghiệm HIV; 2/ Khung lý thuyết đánh giá hiệu quả khả thi mô hình POCT, như sau:



Sơ đồ 1. 10. Khung lý thuyết các yếu tố ảnh hưởng tiếp cận, sử dụng XN HIV



Sơ đồ 1. 11. Khung lý thuyết đánh giá hiệu quả mô hình POCT KĐ HIV

1.6. Địa bàn nghiên cứu

Điện Biên, Sơn La, Thanh Hóa là 3 tỉnh trọng điểm dịch HIV/AIDS tại Việt Nam, số ca nhiễm mới HIV phát hiện trung bình hàng năm hơn 200 ca nhiễm HIV/năm và thuộc 20 tỉnh có số nhiễm mới cao nhất trên toàn quốc. Ba tỉnh này cũng là những tỉnh có tỷ lệ nhiễm HIV trên 100.000 dân cao, 100% số huyện/thị có người nhiễm HIV và trên 80% số xã phường có người nhiễm HIV, trong đó 2 tỉnh thuộc 10 tỉnh cao nhất trên toàn quốc là Điện Biên và Sơn La. Hình thái lây truyền chủ yếu HIV ở các tỉnh chủ yếu là đường máu, chủ yếu trong nhóm nghiện chích ma túy, trong nhóm tuổi từ 20-39 tuổi chiếm trên 70%, dịch đang chiều hướng gia tăng trong nhóm nữ giới >30% ở 3 tỉnh [15]. Đây cũng là các tỉnh có diễn biến về nghiện chích ma túy phức tạp thuộc về 15 tỉnh có số ước tính IDU cao nhất trong toàn quốc trong đó Sơn La đứng thứ 3 [26]. Đây cũng là các tỉnh có địa bàn trải rộng nhiều huyện miền núi đi lại khó khăn và đa dạng nhiều văn hóa sắc tộc nên có nhiều nguy cơ lây nhiễm và ảnh hưởng đến diễn biến của dịch HIV khó lường. Do đó việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ về y tế khó khăn kể cả các dịch vụ về HIV, tỷ lệ người nhiễm HIV được tiếp cận điều trị ARV thấp dưới 50%.

Theo số liệu ước tính dự báo và số liệu phát hiện tại 3 tỉnh trên cho thấy tỷ lệ người nhiễm HIV đã được phát hiện còn hạn chế: 49,79% ở Điện Biên; 56,35% ở Sơn La và 49,85% ở Thanh Hóa. Tỷ lệ bệnh nhân HIV phát hiện được tiếp cận với điều trị ARV tương đương 61,99% ở Điện Biên; 39,52% ở Sơn La và 48,66% ở Thanh Hóa, điều đó cho thấy còn một tỷ lệ người nhiễm HIV chưa được phát hiện và tiếp cận điều trị ARV.

Căn cứ trên tỷ lệ nhiễm HIV của các huyện và số liệu ước tính quần thể nguy cơ cao, khoảng cách địa lý từ địa bàn huyện tới trung tâm tỉnh nơi có phòng xét nghiệm khẳng định tuyến huyện. NCS đã lựa chọn Tuần Giáo và Huyện Điện Biên của Điện Biên, Huyện Quan Hóa, Mường Lát của Thanh Hóa, huyện Mộc Châu của Sơn La. Đây là các huyện miền núi, xa xôi, khó tiếp cận với dịch vụ y tế và đều là các huyện có phòng điều trị ngoại trú ARV, đồng thời là các cơ sở VCT có phòng xét nghiệm sàng lọc HIV đã thực hiện nhiều năm để can thiệp nâng cao năng lực cán bộ, đầu tư trang thiết bị và hỗ trợ kỹ thuật để can thiệp áp dụng POCT khẳng

định HIV bằng 3 sinh phẩm nhanh. 5 huyện này đều thuộc kế hoạch hỗ trợ nâng cao năng lực xét nghiệm khẳng định HIV của Bộ Y tế, đồng thời là các huyện được hỗ trợ từ các dự án phòng chống HIV/AIDS do PEPFAR và Quỹ toàn cầu hỗ trợ trang thiết bị, đào tạo, sinh phẩm và giám sát hỗ trợ kỹ thuật trong quá trình thực hiện.

Dự án hợp tác giữa Trung tâm Dự phòng và Kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ (US.CDC) và Cục Phòng, chống HIV/AIDS do PEPFAR tài trợ từ 2013-2018, hỗ trợ thực hiện ở 28 tỉnh, thành phố trong đó có Thanh Hóa và Sơn La, mục tiêu hỗ trợ Việt Nam đạt được mục tiêu của Chiến lược Quốc gia Phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn đến năm 2030, trong đó có việc nâng cao năng lực của hệ thống phòng xét nghiệm cho việc giám sát, sàng lọc, theo dõi và điều trị HIV/AIDS.

Dự án Quỹ toàn cầu phòng, chống HIV/AIDS do Quỹ toàn cầu phòng, chống AIDS, Lao và Sốt rét (QTC) tài trợ từ năm 2015-2018, hỗ trợ thực hiện ở 32 tỉnh, thành phố trong đó có Điện Biên, mục tiêu hỗ trợ thực hiện hoạt động phòng, chống HIV/AIDS trong đó có việc hỗ trợ trang thiết bị, đào tạo nhân sự, sinh phẩm và thuốc điều trị ARV.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Nghiên cứu định lượng

a. Cơ sở xét nghiệm đạt các tiêu chuẩn sau:

- Huyện miền núi, đi lại khó khăn
- Địa bàn nguy cơ về dịch HIV/AIDS trên địa bàn tỉnh
- Số lượng mẫu làm xét nghiệm HIV nhiều so với các huyện trên địa bàn tỉnh
- Có nguyện vọng và cam kết thực hiện thí điểm mô hình

b. Khách hàng xét nghiệm đạt các tiêu chuẩn sau:

- Khách hàng tự nguyện xét nghiệm HIV trong thời gian từ năm 2015-2016

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Khách hàng nhiễm HIV đã được quản lý (có tên trên phần mềm HIV info), đã điều trị ARV

2.1.2. Nghiên cứu định tính

a. Khách hàng xét nghiệm đạt các tiêu chuẩn sau:

- Có thời gian và sẵn sàng chia sẻ thông tin, không bị khiếm khuyết các chức năng nghe nói.
- Sống trên địa bàn nghiên cứu, hiểu biết và thông thạo về bản địa

b. Nhân viên y tế đạt các tiêu chuẩn sau:

- Người trực tiếp cung cấp dịch vụ: tư vấn, xét nghiệm, điều trị ARV trong giai đoạn 2015-2016.
- Người chỉ đạo, hỗ trợ kỹ thuật/ xây dựng chính sách ở cấp tỉnh, khu vực.
- Có khả năng cung cấp và chia sẻ thông tin.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Cán bộ y tế mới nhận nhiệm vụ tư vấn, xét nghiệm và điều trị ARV dưới 1 năm.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: 2015 -2017

2015: Đánh giá trước can thiệp và nâng cao năng lực xét nghiệm của các cơ sở dự kiến triển khai can thiệp

2016: Triển khai can thiệp và ghi chép quản lý dữ liệu khách hàng.

2017: Đánh giá sau can thiệp.

- Địa điểm: TTYT các huyện Mộc Châu – Sơn La, Huyện Điện Biên và Tuần Giáo – Điện Biên, Mường Lát và Quan Hóa – Thanh Hóa.

Do thời gian các cơ sở tiến hành việc nâng cao năng lực thực hiện khác nhau nên thời gian can thiệp POCT khẳng định HIV tại các huyện không đồng nhất.

Bảng 2. 1. Tổng hợp thời gian nghiên cứu

Huyện	Đánh giá thực trạng	Can thiệp	Đánh giá hiệu quả
Huyện Điện Biên	2015	12/2015-12/2016	2017
Mộc Châu	2015	4/2016-12/2016	2017
Mường Lát	2015	3/2016-12/2016	2017
Quan Hóa	2015	3/2016-12/2016	2017
Tuần Giáo	2015	12/2015-12/2016	2017

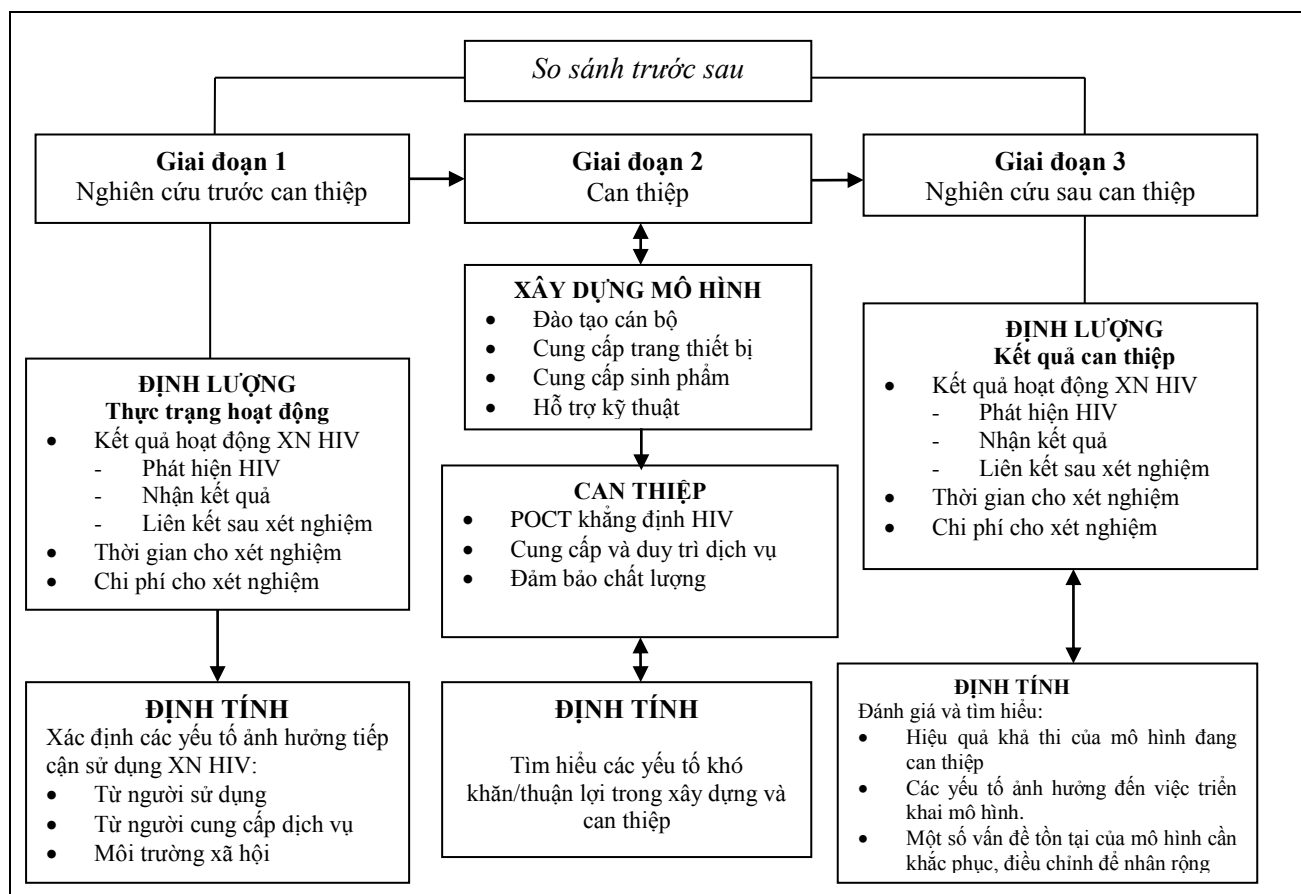
2.3. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu tiền thực nghiệm không có nhóm đối chứng trên quần thể không lặp lại có so sánh trước sau để đánh giá hiệu quả can thiệp.

Sử dụng phương pháp nghiên cứu kết hợp định lượng và định tính: Trước can thiệp, nghiên cứu định lượng được thực hiện trước, sau đó nghiên cứu định tính. Giai đoạn can thiệp nghiên cứu định tính là chính để phát triển và hoàn thiện mô hình can thiệp. Sau can thiệp, nghiên cứu định lượng và định tính được tiến hành song song. Kết quả bàn luận luận án được phiên giải dựa trên số liệu định lượng và định tính.

- Nghiên cứu định lượng: nghiên cứu mô tả cắt ngang, các chỉ số/biến số chính được phát triển theo từng mục đích, câu hỏi của từng giai đoạn nghiên cứu nhằm mục đích mô tả thực trạng xét nghiệm HIV trước can thiệp, đánh giá hiệu quả và tính toán chi phí xét nghiệm sau can thiệp.

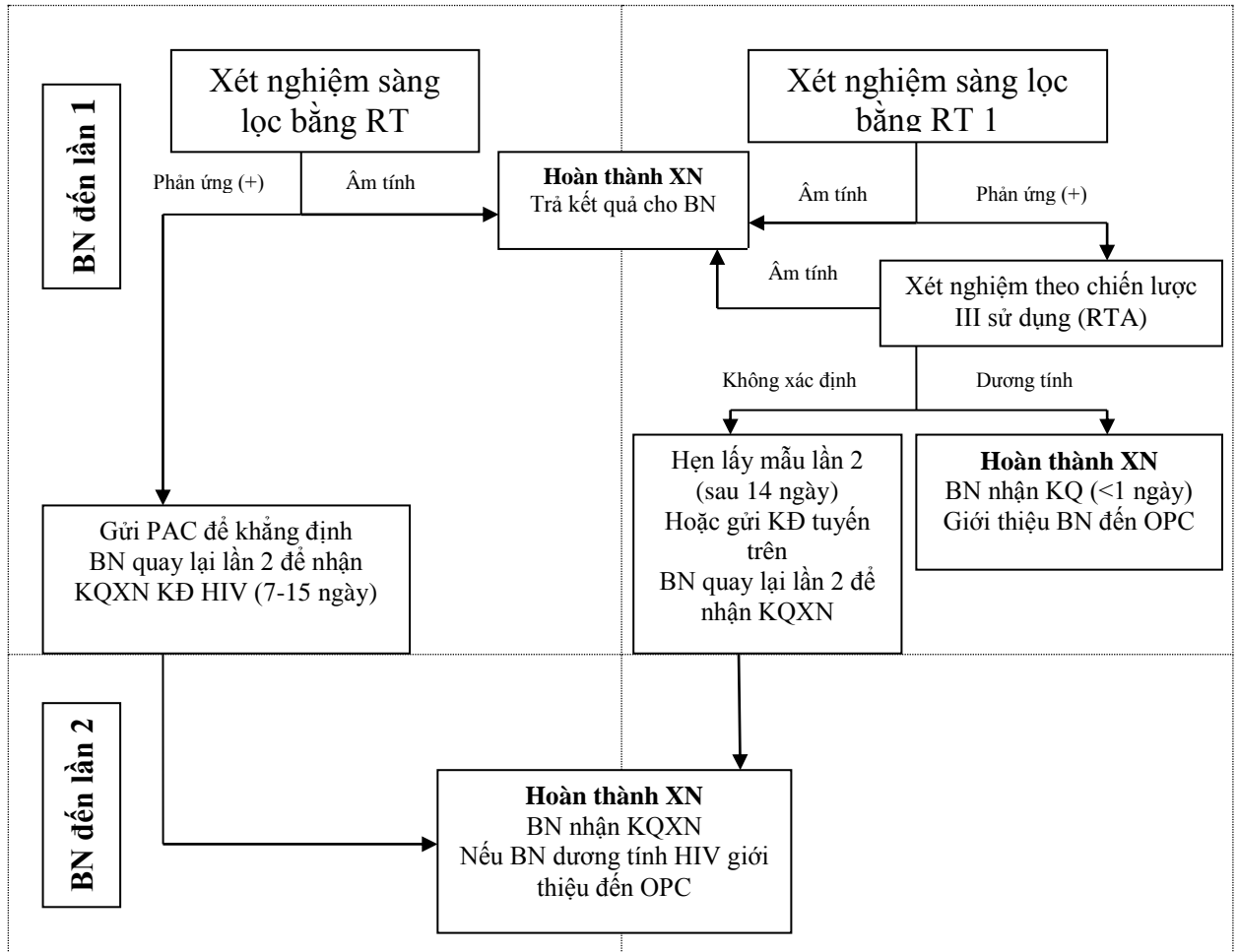
- Nghiên cứu định tính: các chủ đề nghiên cứu chính được phát triển theo từng mục đích, câu hỏi cho từng giai đoạn nghiên cứu nhằm mục đích tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến tiếp cận và sử dụng dịch vụ xét nghiệm HIV trước can thiệp, đánh giá tính khả thi sau can thiệp và khả năng nhân rộng tại Việt Nam.



Sơ đồ 2. 1. Thiết kế nghiên cứu

Mô hình xét nghiệm áp dụng trong nghiên cứu:

- **Mô hình SLab – trước can thiệp:** Xét nghiệm sàng lọc HIV bằng sinh phẩm nhanh tại 5 cơ sở y tế tuyến huyện, các mẫu sàng lọc có phản ứng nghi ngờ dương tính chuyển gửi tới Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS tỉnh để làm xét nghiệm khẳng định bằng phương pháp ELISA và/hoặc kết hợp sinh phẩm nhanh.
- **Mô hình POCT khẳng định HIV – Can thiệp:** Xét nghiệm sàng lọc bằng sinh phẩm nhanh và xét nghiệm khẳng định HIV bằng phương cách kết hợp 3 sinh phẩm nhanh (Determine HIV 1/2; SD Bioline HIV 1/2 3.0; Vikia HIV 1/2) ngay tại 5 cơ sở can thiệp.

SLab – trước can thiệp**POCT khẳng định HIV – can thiệp****Sơ đồ 2. 2. Đặc điểm 2 mô hình cung cấp xét nghiệm khẳng định HIV****2.4. Xây dựng và can thiệp mô hình****2.4.1. Thiết kế và xây dựng mô hình**

Thảo luận với các chuyên gia xây dựng kế hoạch thí điểm và các tiêu chuẩn cần có mô hình, trên cơ sở các khuyến cáo hướng dẫn của WHO và các quy định của quốc gia tiến hành các bước xây dựng mô hình tại các huyện triển khai nghiên cứu gồm:

a. Bước 1: Khảo sát đánh giá sơ bộ cơ sở dự kiến can thiệp

- Khảo sát thực trạng trang thiết bị, cơ sở vật chất, nhân sự, đảm bảo chất lượng xét nghiệm HIV theo hướng dẫn của Bộ Y tế.
- Thảo luận cùng cơ sở xét nghiệm để lập kế hoạch hỗ trợ thí điểm.

b. Bước 2: Nâng cao năng lực của cơ sở xét nghiệm thí điểm mô hình

- Cải tạo cơ sở vật chất, bố trí khu vực thực hiện xét nghiệm HIV riêng đáp ứng

theo các hướng dẫn của Bộ Y tế cụ thể:

- Bố trí khu vực thực hiện xét nghiệm HIV sử dụng các vật liệu không thấm nước, chịu được nhiệt và các loại hóa chất ăn mòn. Bảo đảm ánh sáng, thoáng, sạch, tránh bụi, chống ẩm và có nước sạch;
 - Có chỗ rửa tay và phương tiện hoặc biện pháp xử lý nước thải trước khi chuyển vào nơi chứa chất thải chung
 - Bàn xét nghiệm dễ làm sạch bằng các chất tẩy rửa thông thường, được đặt ở vị trí đủ ánh sáng và tránh luồng gió;
 - Bổ sung các trang thiết bị còn thiếu để đảm bảo cơ sở xét nghiệm có tối thiểu: 01 Tủ lạnh đựng sinh phẩm và bệnh phẩm; 01 Tủ lạnh âm sâu (-20°C); 01 Bộ pipet; 01 đồng hồ đo thời gian; 01 giá đựng pipet.
- Nâng cao năng lực cán bộ xét nghiệm HIV:
- Trao đổi với cơ sở y tế để điều phối, bổ sung, phân công nhiệm vụ cán bộ thực hiện xét nghiệm khẳng định HIV
 - Đào tạo cán bộ về xét nghiệm HIV; an toàn sinh học; quản lý đảm bảo chất lượng xét nghiệm; thu thập, ghi chép quản lý thông tin khách hàng xét nghiệm HIV.
 - Hỗ trợ kỹ thuật việc xây dựng các tài liệu có liên quan đến thực hiện xét nghiệm HIV; áp dụng ghi chép biểu mẫu hồ sơ sổ sách xét nghiệm HIV; xây dựng quy trình chuẩn thực hiện xét nghiệm (lấy mẫu, nhận mẫu, vận chuyển và bảo quản; thực hiện xét nghiệm; phân tích và biện giải kết quả xét nghiệm; nhận và trả kết quả xét nghiệm HIV; xử lý sự cố, quản lý lưu trữ và tiêu hủy mẫu lưu, an toàn sinh học phòng xét nghiệm, xử lý rác thải y tế)
 - Hướng dẫn việc xây dựng tập hợp hồ sơ nhân sự thực hiện xét nghiệm; hồ sơ quản lý trang thiết bị; hồ sơ tài liệu pháp lý có liên quan.
- c. Bước 3: Thực hành xét nghiệm khẳng định HIV theo chiến lược III.*
- Lựa chọn và cung cấp sinh phẩm xét nghiệm nhanh có độ nhạy và độ đặc hiệu của phương pháp đều là 100% [51], [5] gồm: Determine HIV 1/2, SD Bioline HIV 1.2.0, VIKIA.

- Thực hành xét nghiệm khẳng định HIV như sau:
 - Xét nghiệm sàng lọc HIV theo quy trình thông thường: Với các mẫu âm tính trả kết quả cho bệnh nhân. Với các mẫu có phản ứng và nghi ngờ dương tính: huyết thanh được chuyển 1 phần lên phòng xét nghiệm khẳng định HIV tuyến tỉnh để tiến hành như thường quy và trả kết quả về cho bệnh nhân. 1 phần huyết thanh còn lại được cơ sở tiến hành việc thực tập xét nghiệm khẳng định HIV. Ghi chép hồ sơ/sổ thực hiện xét nghiệm.
 - Kết quả xét nghiệm HIV được trả cho bệnh nhân trên căn cứ kết quả khẳng định HIV của phòng xét nghiệm khẳng định HIV của Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS.
 - Thời gian thực hành xét nghiệm theo chiến lược III > 6 tháng và số mẫu nghi ngờ dương tính HIV > 50 mẫu.
- Hỗ trợ kỹ thuật trong quá trình thực hành để phát hiện các tồn tại và các lỗi trong quá trình thực hiện định kỳ 2 tháng/lần. Công cụ kiểm tra giám sát hỗ trợ kỹ thuật sử dụng bộ công cụ hướng dẫn kiểm tra giám sát xét nghiệm HIV của Bộ Y tế [4].

d. Bước 4: Đánh giá năng lực thực hiện xét nghiệm khẳng định HIV.

- Cơ sở thí điểm lựa chọn 20 mẫu nghi ngờ dương tính và 10 mẫu âm tính trong số các mẫu mà cơ sở thí điểm đã thực hành theo chiến lược III gửi mẫu và kết quả thực hiện về phòng tham chiếu quốc gia HIV tại Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương để tiến hành việc kiểm tra đối chiếu kết quả thực hiện thực hành khẳng định HIV của cơ sở.
- Khi cơ sở đạt việc kiểm tra 30 mẫu mà cơ sở đã thực hiện, phòng tham chiếu quốc gia tiến hành việc gửi 10 mẫu mù kiểm tra thực hành chuẩn để cơ sở thực hiện và kiểm tra đối chiếu kết quả thực hiện của cơ sở.

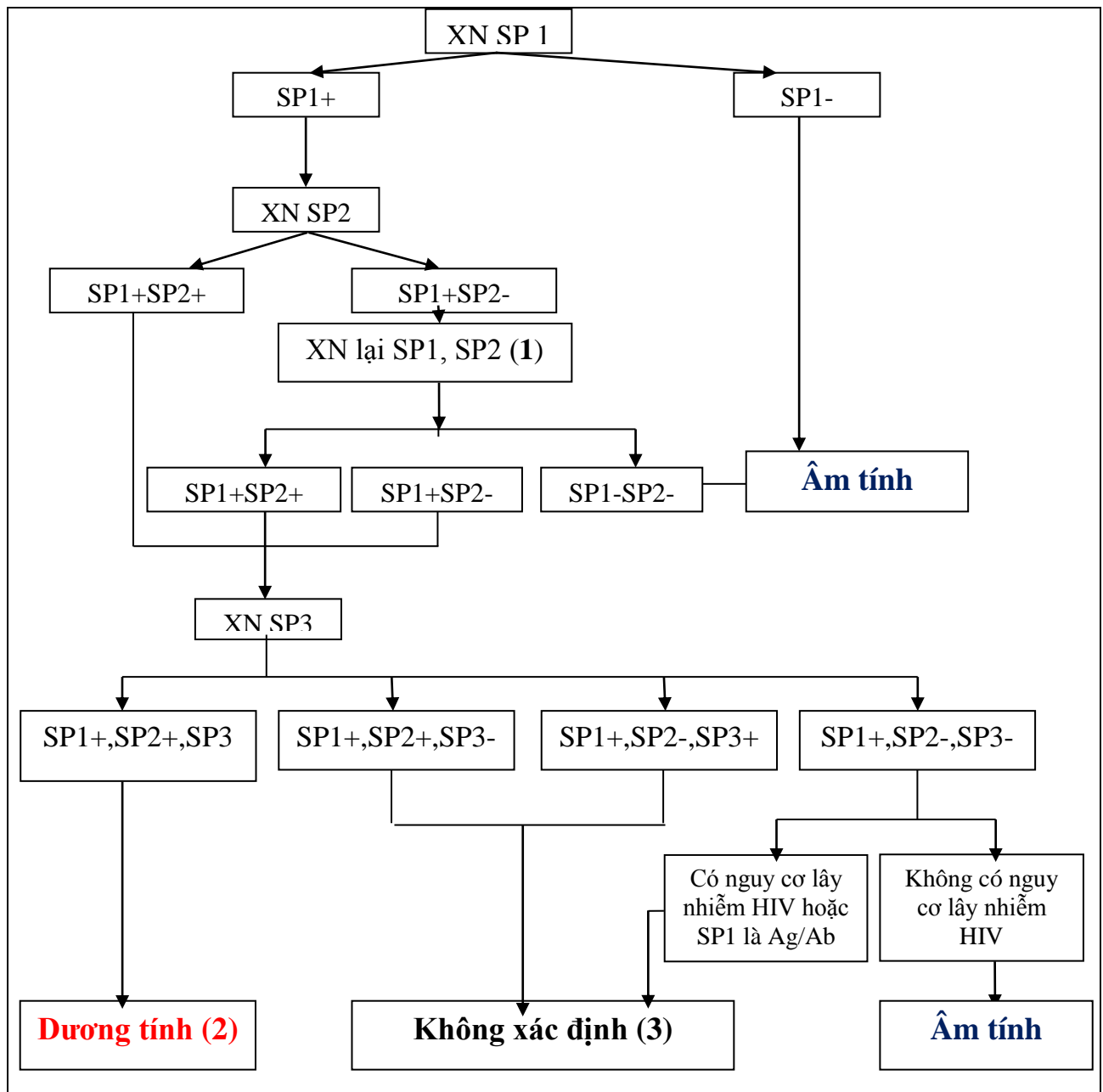
e. Bước 5: Cho phép cung cấp xét nghiệm POCT khẳng định HIV.

- Hội đồng của Bộ Y tế tiến hành thẩm định và cho phép triển khai cung cấp dịch vụ xét nghiệm khẳng định nhiễm HIV tại các huyện thí điểm.

2.4.2. Triển khai can thiệp

2.4.2.1. Thực hiện xét nghiệm HIV theo mô hình POCT khẳng định HIV

- Tư vấn trước xét nghiệm: Tìm hiểu các yếu tố hành vi nguy cơ, lợi ích xét nghiệm, đồng ý xét nghiệm, thời gian trả kết quả, lợi ích của điều trị ARV và các biện pháp dự phòng lây nhiễm HIV. Ghi chép các thông tin (tuổi, giới, yếu tố/hành vi nguy cơ) vào sổ tư vấn xét nghiệm HIV.
- Thực hiện xét nghiệm sàng lọc và khẳng định HIV ngay tại TTYT huyện bằng 3 sinh phẩm nhanh cho người lớn và trẻ trên 18 tháng tuổi theo sơ đồ chiến lược III chẩn đoán nhiễm HIV sau:



Sơ đồ 2. 3. Chẩn đoán nhiễm HIV theo Chiến lược III

- Ghi chép việc xét nghiệm (ngày/giờ thực hiện, phương pháp, kết quả, ngày trả kết quả xét nghiệm) vào sổ xét nghiệm HIV của cơ sở theo quy định.
- Tư vấn sau xét nghiệm HIV (về kết quả xét nghiệm, biện pháp dự phòng lây nhiễm HIV, kết nối điều trị ARV, kết nối với các dịch vụ dự phòng) và ghi chép ngày bệnh nhân đến lấy kết quả xét nghiệm HIV.
- Trả kết quả cho bệnh nhân theo quy trình đã được phê duyệt.
- Giới thiệu và hỗ trợ kết nối chuyển gửi bệnh nhân tới các cơ sở dự phòng nếu có các yếu tố nguy cơ lây nhiễm HIV và tới cơ sở chăm sóc điều trị ARV với các trường hợp có kết quả HIV dương tính.

2.4.2.2. Duy trì đảm bảo chất lượng xét nghiệm:

- Cung cấp đầy đủ sinh phẩm trong suốt quá trình can thiệp
- Bảo dưỡng, bảo trì, hiệu chuẩn trang thiết bị định kỳ hàng năm
- Đào tạo cập nhật quản lý chất lượng xét nghiệm cho cán bộ xét nghiệm.
- Giám sát chất lượng hoạt động thường xuyên từ Cục, Viện và tỉnh (6 tháng/lần)
- Tham gia chương trình đánh giá chất lượng xét nghiệm từ bên ngoài của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương 2 lần/năm.

2.5. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

2.5.1. Nghiên cứu định lượng

Để đảm bảo số lượng mẫu, đánh giá được hiệu quả can thiệp, nghiên cứu lựa chọn toàn bộ khách hàng đến xét nghiệm ở mô hình SLab và POCT khẳng định HIV tại 5 huyện trong thời gian nghiên cứu.

Chọn: 13313 khách hàng đã xét nghiệm HIV tại 5 cơ sở y tế từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 12 năm 2016 theo tiêu chuẩn chấp nhận và loại trừ của nghiên cứu

- Nhóm trước can thiệp sử dụng SLab: có 8284 khách hàng đã xét nghiệm
- Nhóm sau can thiệp sử dụng POCT HIV: có 5209 khách hàng đã xét nghiệm.

Trích lục số liệu thứ cấp: 44 sổ sách ghi chép hoạt động tư vấn xét nghiệm HIV, xét nghiệm HIV, xét nghiệm CD4, quản lý trước điều trị ARV và quản lý điều trị ARV của 5 huyện can thiệp và 3 Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS tuyến tỉnh.

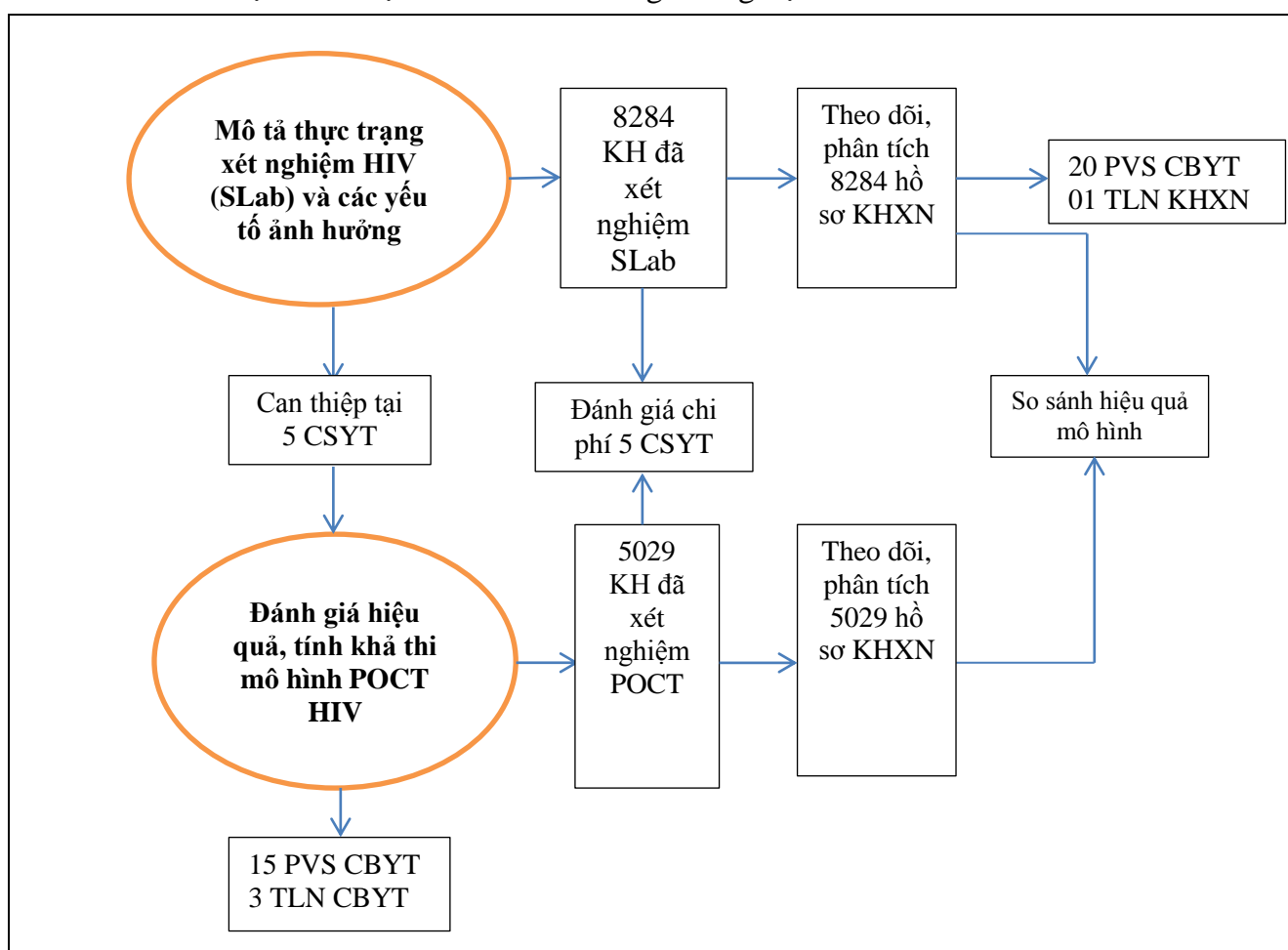
2.5.2. Nghiên cứu định tính

Phỏng vấn sâu: Chọn mẫu có chủ đích:

- 20 phòng vắn sâu các cán bộ y tế làm xét nghiệm, tư vấn và chăm sóc điều trị HIV thuộc của huyện và tỉnh dự kiến can thiệp (Mỗi huyện: 01 cán bộ phụ trách xét nghiệm, 01 cán bộ trực tiếp làm xét nghiệm, 01 cán bộ tư vấn, 01 cán bộ quản lý điều trị ARV)
- 15 phòng vắn sâu cán bộ y tế làm xét nghiệm, tư vấn và chăm sóc điều trị HIV thuộc 5 huyện can thiệp (Mỗi huyện 01 cán bộ xét nghiệm, 01 cán bộ tư vấn, 01 cán bộ quản lý điều trị).

Thảo luận nhóm: Chọn mẫu thuận tiện:

- 03 thảo luận nhóm cán bộ làm xét nghiệm tại địa bàn can thiệp mỗi thảo luận có sự tham gia của các cán bộ xét nghiệm, cán bộ lãnh đạo phụ trách lĩnh vực HIV/AIDS.
- 01 cuộc thảo luận nhóm khách hàng xét nghiệm HIV.



Sơ đồ 2. 4. Sơ đồ nghiên cứu

2.6. Phương pháp thu thập số liệu/thông tin

2.6.1. Công cụ thu thập dữ liệu

- Sổ tư vấn xét nghiệm HIV, sổ ghi chép hoạt động xét nghiệm HIV, sổ xét nghiệm CD4, sổ quản lý trước điều trị ARV, sổ quản lý theo dõi điều trị ARV.
- Bảng trống thu thập thông tin khách hàng xét nghiệm tại phụ lục 1 mục 1.1.
- Bảng trống thu thập thông tin chi phí cho hoạt động xét nghiệm HIV tại phụ lục 1 mục 1.2
- Hướng dẫn phỏng vấn sâu khách hàng xét nghiệm/cán bộ y tế trước và sau can thiệp bán cấu trúc tại phụ lục 1 mục 1.3
- Hướng dẫn thảo luận nhóm tại phụ lục 1 mục 1.4

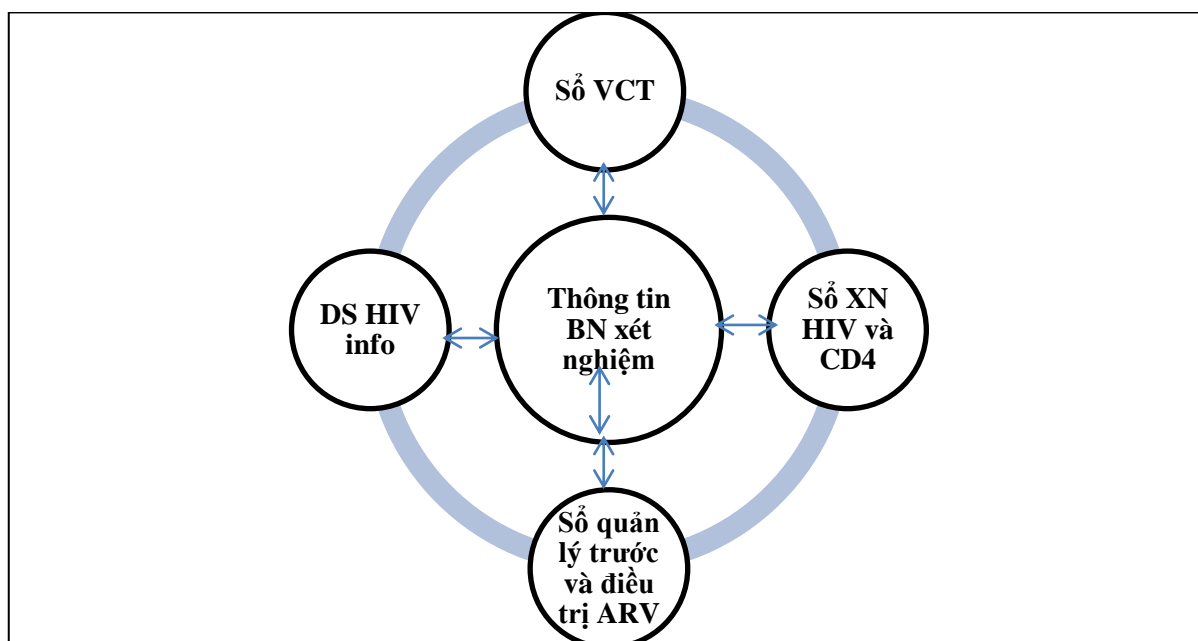
Công cụ thu thập số liệu được xây dựng trên đề tài nghiên cứu đánh giá thực trạng hoạt động xét nghiệm HIV và các quy định của Bộ Y tế về việc ghi chép biểu mẫu báo cáo hoạt động xét nghiệm HIV [1], quản lý theo dõi điều trị ARV [3].

2.6.2. Quy trình thu thập số liệu và không chế sai số

2.6.2.1. Thu thập thông tin của khách hàng xét nghiệm HIV

- Cán bộ y tế ở các huyện nghiên cứu được tập huấn đào tạo về tư vấn xét nghiệm HIV và xét nghiệm HIV trong đó có kỹ năng tư vấn khai thác thông tin, ghi chép hồ sơ sổ sách thu thập thông tin khách hàng, xét nghiệm vào sổ sách xét nghiệm HIV. Cán bộ quản lý điều trị tư vấn trước điều trị và ghi chép thông tin khách hàng vào sổ trước điều trị và sổ điều trị ARV.
- Bảng trống thu thập số liệu khách hàng xét nghiệm HIV được nghiên cứu sinh nhập liệu từ các sổ tư vấn, xét nghiệm HIV, T-CD4, quản lý trước điều trị, quản lý điều trị ARV.
- Số liệu sau khi thu thập được rà soát, đối chiếu theo họ và tên, tuổi, địa chỉ, mã bệnh nhân để kết nối thành 1 bản ghi đầy đủ hồ sơ của bệnh nhân từ khi tiếp cận xét nghiệm đến khi được chăm sóc và điều trị.
- Ngoài ra thông tin bệnh nhân cũng được rà soát trong các phần mềm quản lý HIV info và quản lý điều trị ARV để bổ sung các thông tin bị thiếu như tử vong, bỏ trị và tránh tình trạng bỏ sót hoặc sai lệch thông tin.

- Rà soát phát hiện và loại trùng bệnh nhân HIV dương tính: 1/Tăng cường tư vấn khuyến khích bệnh nhân cung cấp đúng tên tuổi, giấy tờ tùy thân để được trả giấy kết quả xét nghiệm bằng giấy và kết nối điều trị ARV. Khi bệnh nhân tiếp cận với điều trị ARV cũng cần phải cung cấp đầy đủ thông tin và giấy tờ tùy thân để đăng ký điều trị ARV; 2/Tại mỗi công đoạn xét nghiệm, kết nối điều trị: Thông tin của Bệnh nhân sẽ được rà soát trên HIV info và danh sách quản lý điều trị ARV để loại các trường hợp BN HIV đã phát hiện, bệnh nhân đã điều trị ARV trước đó xét nghiệm lại.



Sơ đồ 2. 5. Quy trình xử lý hoàn thiện thông tin khách hàng xét nghiệm HIV

2.6.2.2. Thu thập thông tin chi phí cho hoạt động xét nghiệm HIV

- Bảng tổng thu thập chi phí cho nhân sự, chi phí cho cơ sở vật chất, trang thiết bị và sinh phẩm, vật tư xét nghiệm HIV, số lượng mẫu xét nghiệm thực hiện tại cơ sở bằng file excel được gửi đến các cơ sở xét nghiệm HIV, các cơ sở xét nghiệm HIV trích lục số liệu từ bảng lương, sổ quản lý sinh phẩm, sổ quản lý trang thiết bị, sổ thu nhận mẫu, sổ xét nghiệm HIV của đơn vị để điền các thông tin cần thu thập.
 - Mô hình SLab: Phòng xét nghiệm khẳng định tại tỉnh, các cơ sở xét nghiệm sàng lọc tại 5 huyện nghiên cứu
 - Mô hình POCT: Cơ sở y tế có triển khai can thiệp POCT HIV.

2.6.2.3. *Thu thập thông tin định tính:* để tìm hiểu các yếu tố liên quan đến thực trạng xét nghiệm HIV theo mô hình SLab và ảnh hưởng đến mô hình POCT HIV.

- Nhóm khách hàng xét nghiệm có nguy cơ cao: Tiếp cận qua đồng đẳng viên, nhân viên tiếp cận cộng đồng và nhờ giới thiệu đối tượng nghiên cứu tiềm năng.
 - ✓ Lập danh sách và lựa chọn đối tượng đạt tiêu chuẩn
 - ✓ Giới thiệu về nghiên cứu và hẹn lịch thảo luận nhóm
 - ✓ Tiến hành thảo luận nhóm ghi âm
- Nhóm người cung cấp dịch vụ:
 - ✓ Lập danh sách trong quá trình khảo sát
 - ✓ Lựa chọn các đối tượng nghiên cứu đạt tiêu chuẩn
 - ✓ Giới thiệu về nghiên cứu và hẹn lịch phỏng vấn/thảo luận nhóm
 - ✓ Tiến hành thảo luận nhóm/phỏng vấn sâu và ghi âm cuộc phỏng vấn sâu/thảo luận nhóm

2.7. Các biến số/chỉ số/chủ đề nghiên cứu

2.7.1. Các biến số nghiên cứu

- Đặc điểm chung khách hàng: Tuổi/giới/hành vi hoặc yếu tố nguy cơ
- Đặc điểm xét nghiệm:
 - ✓ Nguồn khách hàng: tự đến/cộng đồng/cơ sở y tế khác
 - ✓ Mô hình xét nghiệm: SLab/POCT
 - ✓ Sinh phẩm dùng cho xét nghiệm: tên/loại sinh phẩm
 - ✓ Cấp độ xét nghiệm: sàng lọc/khẳng định HIV
 - ✓ Kết quả xét nghiệm sàng lọc: có phản ứng/âm tính.
 - ✓ Kết quả xét nghiệm khẳng định HIV: dương tính/âm tính/không xác định
 - ✓ Sự đồng nhất kết quả giữa sàng lọc và khẳng định: Có/không
- Tình trạng sau xét nghiệm HIV:
 - ✓ Tình trạng nhận kết quả: Có/mất dấu/tử vong
 - ✓ Khách hàng âm tính HIV có yếu tố/hành vi nguy cơ kết nối dự phòng: Có/Không
 - ✓ Khách hàng dương tính HIV: mất dấu/tử vong/kết nối thành công điều trị ARV

- ✓ Kết nối thành công điều trị ARV: sớm/muộn
- Đặc điểm miễn dịch lâm sàng tại thời điểm phát hiện:
 - ✓ Chỉ số CD4: kết quả xét nghiệm đếm tế bào CD4/mm³
 - ✓ Giai đoạn lâm sàng: I, II, III, IV hoặc AIDS
 - ✓ Giai đoạn phát hiện nhiễm HIV: sớm/muộn/rất muộn
- Ngày/tháng/năm thực hiện lấy mẫu, xét nghiệm sàng lọc, xét nghiệm khẳng định, nhận kết quả xét nghiệm, đăng ký OPC, bắt đầu điều trị ARV, tử vong.

2.7.2. Nhóm chỉ số/chủ đề cho mục tiêu 1: Mô tả thực trạng và các yếu tố ảnh hưởng xét nghiệm HIV (mô hình SLab) tại 05 huyện.

2.7.2.1. Các chỉ số mô tả đặc điểm khách hàng sử dụng dịch vụ SLab

Các chỉ số	Cách tính	Nguồn SL
Tỷ lệ KH XN HIV phân theo giới	Số KH nam giới hoặc nữ giới/tổng số KHXN HIV	Số VCT
Tỷ lệ KHXN HIV phân theo nhóm tuổi	Số KH trong các nhóm tuổi/tổng số KHXN HIV	Số VCT
Tỷ lệ KHXN HIV phân theo các nhóm yếu tố hoặc hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV	Số KH trong cùng nhóm yếu tố hoặc hành vi nguy cơ/tổng số KHXN HIV	Số VCT
Tỷ lệ KH dương tính HIV phân theo giới	Số KH nam giới hoặc nữ giới dương tính HIV/tổng số KH dương tính HIV	Số VCT
Tỷ lệ KH dương tính HIV phân theo nhóm tuổi	Số KH dương tính HIV ở cùng nhóm tuổi/tổng số KH dương tính HIV	Số VCT
Tỷ lệ KH dương tính HIV phân theo các nhóm yếu tố hoặc hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV	Số KH dương tính HIV trong cùng nhóm yếu tố hoặc hành vi nguy cơ/tổng số KH dương tính HIV	Số VCT

2.7.2.2. Các chỉ số mô tả kết quả hoạt động xét nghiệm của mô hình SLab

Các chỉ số	Cách tính	Nguồn SL
Tỷ lệ KH XN phân theo các nguồn đến tiếp cận xét nghiệm	Số KH XN HIV từ cùng một nguồn giới thiệu/tổng số KHXN HIV	Số VCT/XN
Tỷ lệ KH có kết quả xét	Số KH XN có kết quả sàng lọc HIV	Số

Các chỉ số	Cách tính	Nguồn SL
nghiệm sàng lọc HIV có phản ứng	có phản ứng/tổng số KH XN HIV	VCT/XN
Tỷ lệ KH có kết quả xét nghiệm sàng lọc HIV âm tính	Số KH XN có kết quả sàng lọc HIV âm tính/tổng số KH XN HIV	Số VCT/XN
Tỷ lệ KH có kết quả xét nghiệm kháng định dương tính HIV	Số KH có kết quả kháng định dương tính/tổng số KH XN HIV	Số XN
Tỷ lệ KH có kết quả xét nghiệm kháng định âm tính HIV	Số KH có kết quả kháng định âm tính/tổng số KH XN HIV	Số XN
Tỷ lệ KH có kết quả xét nghiệm kháng định HIV không xác định	Số KH có kết quả không xác định/tổng số KH XN HIV	Số XN
Tỷ lệ kết quả đồng nhất giữa XN sàng lọc và XN kháng định HIV	Số mẫu XN đồng nhất kết quả/tổng số mẫu XN HIV	Số XN

2.7.2.3. Các chỉ số mô tả kết quả phát hiện người nhiễm HIV và kết nối sau xét nghiệm SLab

Các chỉ số	Cách tính	Nguồn SL
Chỉ số CD4 trung bình	Số tế bào CD4 trung bình của KH dương tính HIV có làm xét nghiệm đếm tế bào CD4 tại thời điểm phát hiện	Số XN CD4
Tỷ lệ KH nhiễm HIV phân theo các nhóm chỉ số CD4 tại thời điểm phát hiện	Số KH nhiễm HIV phân theo nhóm chỉ số tế bào CD4/tổng số KH nhiễm HIV được phát hiện	Số XN CD4
Tỷ lệ KH nhiễm HIV phân theo các giai đoạn lâm sàng tại thời điểm phát hiện	Số KH nhiễm HIV phân theo giai đoạn lâm sàng/tổng số KH nhiễm HIV được phát hiện	Số Quản lý trước điều trị ARV
Tỷ lệ khách hàng nhiễm HIV được phát hiện phân theo các giai đoạn sớm/muộn/rất muộn	Số KH nhiễm HIV được phát hiện ở giai đoạn sớm (muộn hoặc rất muộn)/tổng số KH nhiễm HIV được phát hiện	Số XN CD4/Quản lý trước điều trị ARV

Các chỉ số	Cách tính	Nguồn SL
Tỷ lệ khách hàng biết được tình trạng nhiễm (quay trở lại nhận kết quả xét nghiệm)	Số KH XN quay trở lại nhận kết quả xét nghiệm HIV/tổng số KH XN HIV	Số VCT/Số nhận KQ
Tỷ lệ KH dương tính HIV kết nối thành công điều trị ARV	Số KH nhiễm HIV kết nối thành công điều trị ARV/tổng số KH dương tính HIV được phát hiện	Số XN/Điều trị ARV
Tỷ lệ KH mất dấu/tử vong ở các giai đoạn cung cấp dịch vụ	Số KH HIV dương tính bị mất dấu hoặc tử vong trong từng giai đoạn từ xét nghiệm đến trước điều trị ARV/Tổng số KH mất dấu, tử vong	Số XN/Điều trị ARV
Tỷ lệ KH dương tính HIV được chuyển gửi đúng tới điều trị và dự phòng	Số KH HIV dương tính được chuyển gửi tới điều trị ARV và dự phòng hành vi nguy cơ/tổng số KH dương tính HIV được phát hiện	Số VCT/XN

2.7.2.4. Các chỉ số mô tả thời gian thực hiện các công đoạn của mô hình SLab

Các chỉ số	Cách tính	Nguồn SL
Số ngày trung bình chờ nhận kết quả xét nghiệm HIV	Là số ngày tính từ thời điểm khách hàng được lấy mẫu làm xét nghiệm đến thời điểm khách hàng nhận được kết quả xét nghiệm HIV	Số VCT/XN
Số ngày trung bình chờ điều trị ARV	Là số ngày tính từ thời điểm KH dương tính HIV nhận được kết quả xét nghiệm HIV đến thời điểm BN được điều trị ARV	Số VCT/Điều trị ARV

2.7.2.5. Chủ đề mô tả phân tích các yếu tố ảnh hưởng xét nghiệm HIV

Từ phía người sử dụng dịch vụ:

- Quan điểm, nhận thức của khách hàng về yếu tố nguy cơ lây nhiễm HIV và tầm quan trọng của việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ.
- Các yếu tố kinh tế xã hội tác động đến việc tiếp cận, sử dụng xét nghiệm HIV.
- Đánh giá, niềm tin, trải nghiệm chất lượng dịch vụ xét nghiệm đã trải nghiệm.
- Kỳ vọng dịch vụ xét nghiệm HIV.

Từ phía người cung cấp dịch vụ:

- Quan điểm đánh giá về việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ của khách hàng.
- Nhận thức, trách nhiệm, khó khăn thuận lợi và nhu cầu mong muốn của cán bộ y

tế khi triển khai thực hiện

- Quan điểm đánh giá và đề xuất thay đổi của nhân viên y tế cho mô hình dịch vụ đang cung cấp.

2.7.3. Nhóm chỉ số/chủ đề cho mục tiêu 2: Đánh giá hiệu quả và tính khả thi của mô hình can thiệp xét nghiệm kháng định HIV (POCT) tại 5 huyện

2.7.3.1. Các chỉ số đánh giá kết quả can thiệp mô hình POCT

Các chỉ số	Cách tính
Sự thay đổi trong tiếp cận khách hàng xét nghiệm HIV	<p>Chỉ số hiệu quả (CSHQ) = $\frac{[(\% \text{ sau can thiệp} - \% \text{ trước can thiệp})]}{\% \text{ trước can thiệp}}$</p>
Sự thay đổi trong tỷ lệ phát hiện người nhiễm HIV	
Sự thay đổi trong tỷ lệ phát hiện người nhiễm HIV đánh giá theo tiêu chí sớm/muộn/rất muộn	
Sự thay đổi trong tỷ lệ nhận kết quả xét nghiệm HIV	
Sự thay đổi trong tỷ lệ nhận kết quả đánh giá theo tiêu chí nhanh/chậm	
Sự thay đổi trong tỷ lệ kết nối điều trị ARV thành công	
Sự thay đổi trong tỷ lệ kết nối thành công điều trị ARV theo tiêu chí nhanh/chậm	
Sự thay đổi trong tỷ lệ kết nối khách hàng tới dự phòng lây nhiễm HIV theo tiêu chí đúng/sai	
Sự thay đổi về thời gian trong chờ kết quả xét nghiệm, chờ điều trị ARV	
Sự thay đổi trong tỷ lệ hiệu quả chung của mô hình	
Sự thay đổi trong tổng chi phí, chi phí thành phần, chi phí đơn vị trước và sau can thiệp	

2.7.3.2. Chủ đề nghiên cứu đánh giá tính khả thi của mô hình can thiệp

- Mô hình phù hợp thích nghi với đặc điểm dân cư, điều kiện kinh tế xã hội.
- Sơ đồ mô hình: ở đâu, ai tham gia và tổ chức cung cấp dịch vụ kết nối như thế nào.
- Sự phù hợp của mô hình với điều kiện của địa phương: Về cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực, sinh phẩm, quản lý đảm bảo chất lượng.
- Điểm mạnh, điểm yếu, những điểm cần thay đổi những thuận lợi, khó khăn thuận lợi khi thực hiện mô hình.

- Khả năng tích hợp vào hệ thống y tế.
- Sự phù hợp, tác động, chi phí hiệu quả.
- Khả năng duy trì, ứng dụng phát triển và nhân rộng của mô hình.
- Các khuyến nghị trong thay đổi chính sách.

2.8. Các khái niệm, thước đo, tiêu chuẩn đánh giá

2.8.1. Khái niệm áp dụng cho khách hàng xét nghiệm HIV

- Kết quả xét nghiệm HIV của khách dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán HIV theo chiến lược III.
- Xét nghiệm lại: là những BN HIV đã có tên trên hệ thống quản lý dữ liệu HIV quốc gia.
- Bệnh nhân được phát hiện ở giai đoạn sớm là bệnh nhân ở giai đoạn phát hiện có biểu hiện lâm sàng giai đoạn I/II và CD4 lần đầu ≥ 350 tế bào/mm³.
- Bệnh nhân HIV phát hiện ở giai đoạn muộn: có CD4 lần đầu <350 tế bào/mm³ hoặc ở giai đoạn lâm sàng III, IV hoặc AIDS.
- Bệnh nhân HIV phát hiện ở giai đoạn rất muộn: có CD4 lần đầu <200 tế bào/mm³ và được xác định triệu chứng lâm sàng ở giai đoạn III, IV hoặc chẩn đoán AIDS.
- Bệnh nhân thành công kết nối với cơ sở chăm sóc và điều trị ARV: là những bệnh nhân có tên trong sổ quản lý trước điều trị ARV.
- Bệnh nhân kết nối thành công điều trị ARV là bệnh nhân có tên trong sổ điều trị ARV và bắt đầu được uống ARV.
- Nhận kết quả nhanh là những bệnh nhân được lấy máu và làm xét nghiệm và nhận được kết quả xét nghiệm HIV trong vòng 01 ngày.
- Điều trị ARV nhanh là những bệnh nhân HIV từ khi nhận kết quả xét nghiệm đến khi điều trị ARV trong vòng 06 ngày.
- Chuyển gửi đúng: Chuyển gửi tới dịch vụ dự phòng giảm thiểu tác hại các hành vi nguy cơ và được điều trị ARV nếu là bệnh nhân dương tính với HIV.

2.8.2. Thước đo đánh giá hiệu quả

2.8.2.1. Hiệu quả tác động đến người sử dụng dịch vụ

Thông qua việc cải thiện các chỉ số:

- Phát hiện HIV dương tính
- Quay trở lại nhận kết quả xét nghiệm HIV
- Phát hiện HIV ở giai đoạn sớm/muộn/rất muộn
- Kết nối với cơ sở chăm sóc và điều trị ARV
- Điều trị ARV thành công

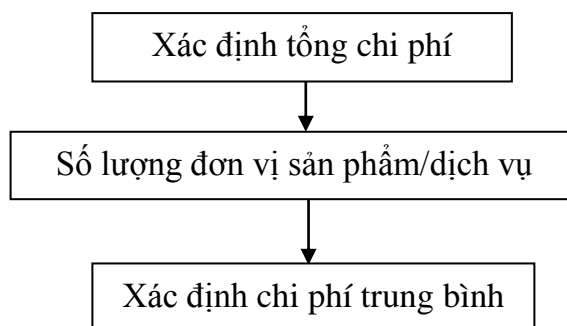
Bộ tiêu chí đánh giá hiệu quả chung của mô hình: 1/ Chẩn đoán đồng nhất trong kết quả xét nghiệm (trùng khớp giữa kết quả sàng lọc và khẳng định HIV); 2/ Chuyển gửi đúng (Bệnh nhân được chuyển gửi đúng dịch vụ dự phòng so với hành vi nguy cơ); 3/ Trả kết quả xét nghiệm nhanh (Bệnh nhân nhận kết quả ngay trong ngày). Riêng đối với các khách hàng được chẩn đoán dương tính thì có thêm các tiêu chí; 4/ Phát hiện sớm (Giai đoạn lâm sàng I, II, $CD4 \geq 350$ tế bào/mm³); 5/ Kết nối điều trị nhanh (Kết nối OPC trong vòng 6 ngày); và 6/ Chuyển tiếp thành công (Bệnh nhân được điều trị ARV).

2.8.2.2. Hiệu quả tác động đến chương trình

Thông qua việc cải thiện các chỉ số:

- Rút ngắn thời gian từ khi lấy mẫu đến khi trả kết quả cho bệnh nhân
- Rút ngắn thời gian từ khi nhận kết quả đến khi được điều trị ARV
- Tiếp kiệm chi phí cho một mẫu xét nghiệm, một mẫu xét nghiệm dương tính.

Tính toán chi phí cho một đơn vị sản phẩm là 1 mẫu xét nghiệm HIV được thực hiện theo phương pháp phân bổ chi phí từ trên xuống theo sơ đồ sau:



Sơ đồ 2. 6. Tính chi phí theo phương pháp phân bổ

a. Tổng chi phí của một CSXN

Tổng chi phí của một CSXN = (Chi phí nhân sự + Chi phí đầu tư + Chi phí thường xuyên khác)

- *Chi phí nhân sự gồm:* Lương, thưởng, phụ cấp, bảo hiểm
- Trong đó có tính đến % thời gian phân bổ cho dịch vụ xét nghiệm của các nhân sự kiêm nhiệm (nếu có)
- *Chi phí đầu tư gồm:* cơ sở vật chất, trang thiết bị
- Trong đó giá trị các tài sản cố định được điều chỉnh theo chỉ số giá tiêu dùng của năm 2015, khấu hao tài sản được tính theo giá định thời gian sử dụng của trang thiết bị là 10 năm, nhà xưởng là 25 năm (theo hướng dẫn của Bộ Tài chính Việt Nam) với hệ số khấu hao đơn giản và tỷ lệ chiết khấu là 3%, tỷ lệ % sử dụng hạng mục TTB cho xét nghiệm HIV
- *Chi phí thường xuyên khác gồm:* Điện, nước, nhiên liệu, vật tư tiêu hao, bảo trì bảo dưỡng, hành chính, đào tạo, sinh phẩm phục vụ cho xét nghiệm HIV...

Tuy nhiên đối với chi phí cho một trường hợp xét nghiệm phát hiện HIV bao gồm = Chi phí một cơ sở xét nghiệm sàng lọc HIV + Chi phí vận chuyển mẫu lên phòng xét nghiệm khẳng định HIV dương tính + Chi phí làm xét nghiệm khẳng định HIV dương tính tại tỉnh.

b. Chi phí đơn vị

- *Chi phí cho 1 trường hợp xét nghiệm* = Tổng chi phí/số khách hàng đến xét nghiệm/năm
- *Chi phí cho 1 trường hợp phát hiện (+)* = Tổng chi phí/ số trường hợp phát hiện (+)/ năm

2.9. Phương pháp thu thập, phân tích số liệu

NCS là người giám sát, kiểm tra đối chiếu số liệu từ các sổ ghi chép hoạt động xét nghiệm của các cán bộ xét nghiệm tại địa bàn nghiên cứu để việc thu thập số liệu của điều tra viên đảm bảo sự chính xác, trung thực theo đúng như quy định, yêu cầu của nghiên cứu.

2.9.1. Số liệu định lượng

a. Số liệu định lượng liên quan đến kết quả hoạt động xét nghiệm HIV

- Trích lục từ sổ ghi chép hoạt động xét nghiệm và nhập trên phần mềm Microsoft Excel để quản lý thông tin của khách hàng xét nghiệm HIV.
- Nhập liệu được thực hiện 2 lần để đảm bảo việc kiểm tra các thông tin khách hàng chặt chẽ được thiết lập để tránh sai số do nhập liệu.
- Sử dụng phần mềm thống kê SPSS 18.0 để quản lý, phân tích và thực hiện thống

kê mô tả và phân tích.

- Trước khi phân tích, số liệu nghiên cứu được xác định là phân phối chuẩn với kiểm định Kolmogorov ($p > 0.05$). Sử dụng các T- test kiểm định sự khác biệt giá trị trung bình, X^2 Khi bình phương để kiểm định giá trị tỷ lệ.
- Đánh giá sự khác biệt trước và sau can thiệp: Sử dụng Kiểm định Fisher's exact để kiểm định sự khác biệt tỷ lệ giữa 2 nhóm độc lập. Sử dụng kiểm định phi tham số Kolmogorov-test để kiểm định sự khác biệt giá trị trung bình của biến không phân bố chuẩn.
- Sử dụng các kỹ thuật phân tích: đơn biến, đa biến (Hồi quy nhị phân logistics).

b. Số liệu định lượng chi phí xét nghiệm HIV

- Từ bảng thu thập thông tin chi phí trên phần mềm Microsoft Excel được phân tích tổng hợp tính toán theo tổng chi phí có liên quan đến xét nghiệm HIV ở các tuyến (Chi phí nhân sự, chi phí đầu tư, chi phí thường xuyên, chi phí vận chuyển mẫu)
- Trên cơ sở báo cáo sản phẩm được thực hiện thể hiện qua số mẫu xét nghiệm sàng lọc HIV, khẳng định HIV có thực hiện tại các tuyến để tính toán chi phí đơn vị, cách thức tính toán chi phí được mô tả trực tiếp tại mục 2.8.2.

2.9.2. Dữ liệu định tính

- Phỏng vấn thu âm, gõ băng ra file word.
- Đọc dữ liệu một lượt, ghi chú những phát hiện chính.
- Phát triển bảng mã dữ liệu, nhóm mã dữ liệu thành các chủ đề, nhóm các chủ đề nhỏ thành các chủ đề lớn và xây dựng thành cây mã hóa.
- Nhập trên phần mềm NVivo7 để quản lý và phân tích dữ liệu theo cây nhóm chủ đề nghiên cứu đã được đề cập và các chủ đề phát sinh trong quá trình phân tích số liệu.

2.9.3. Quản lý số liệu và kết quả nghiên cứu

- Việc quản lý số liệu tuân theo các nguyên tắc của trường Đại học Y tế công cộng và do nhóm nghiên cứu (NCS và Thầy hướng dẫn) chịu trách nhiệm.
- Kết quả nghiên cứu và báo cáo phục vụ mục đích học tập, nghiên cứu. Ngoài ra kết quả được chia sẻ và đăng tải trên các tạp chí phù hợp.

- Kết quả của mô hình can thiệp đưa ra các kiến nghị chính sách cũng như các chiến lược phù hợp nhằm cải thiện tỷ lệ tiếp cận với xét nghiệm góp phần tăng cường tỷ lệ tiếp cận điều trị ARV từ đó góp phần nâng cao hiệu quả phòng, chống HIV/AIDS.

2.10. Đạo đức của nghiên cứu

- Tiến hành nghiên cứu này được sự đồng ý thống nhất của Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS tỉnh và các cơ sở y tế có tham gia nghiên cứu.
- Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu nghiên cứu khoa học, quá trình mô tả nghiên cứu và can thiệp mô hình xét nghiệm đảm bảo chất lượng, không ảnh hưởng đến quá trình khám và điều trị của bệnh nhân.
- Việc tư vấn xét nghiệm HIV được thực hiện theo các quy định của Luật phòng, chống HIV/AIDS và Thông tư số 01/2015/TT-BYT của Bộ Y tế hướng dẫn tư vấn xét nghiệm HIV trong cơ sở y tế [43]. Đối với khách hàng dưới 16 tuổi tư vấn cho cha/mẹ hoặc người giám hộ. Khách hàng đồng ý tự nguyện xét nghiệm hoặc cha/mẹ/người giám hộ của người dưới 16 tuổi đồng ý xét nghiệm, các thông tin thu thập của khách hàng được đảm bảo bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học.
- Nghiên cứu được hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y tế công cộng thông qua tại Quyết định số 301/2017YTCC-HD3. Số liệu được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích khoa học, cung cấp chia sẻ với các cơ quan có liên quan để cải thiện chương trình phòng, chống HIV/AIDS tại địa phương và Việt Nam.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm khách hàng tham gia nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm khách hàng xét nghiệm HIV

Có 13313 khách hàng xét nghiệm HIV tại 5 cơ sở y tế huyện trong thời gian nghiên cứu.

Bảng 3. 1. Đặc điểm nhân khẩu học khách hàng xét nghiệm HIV

Đặc điểm n=31313	Địa bàn											
	H.Điện Biên		Mộc Châu		Mường Lát		Quan Hóa		Tuần Giáo		Chung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Giới tính												
Nam	1811	82,1	833	61,7	958	31	1451	44,4	1837	54,1	6890	51,8
Nữ	396	17,9	518	38,3	2129	69	1821	55,6	1559	45,9	6423	48,2
Nhóm tuổi												
0-02	0	0	2	0,2	1	0,03	1	0,03	15	0,4	19	0,1
02-15	47	2,1	34	2,5	72	2,3	52	1,6	107	3,2	312	2,3
16-29	740	33,5	679	50,3	1117	36,2	1159	35,4	1549	45,6	5244	39,4
30-39	627	28,4	421	31,2	1494	48,4	1760	53,8	924	27,2	5226	39,3
40-49	528	23,9	149	11,0	380	12,3	255	7,8	567	16,7	1879	14,1
≥ 50	265	12	66	4,9	23	0,8	45	1,4	234	6,9	633	4,8
Tổng	2207	100	1351	100	3087	100	3272	100	3396	100	13313	100

Tỷ lệ khách hàng nam giới nhiều hơn không đáng kể so với khách hàng nữ giới (51,8% và 48,2%), tuy nhiên ở Mường Lát, Quan Hóa tỷ lệ nữ giới lại cao hơn lần lượt là 69% và 55,6%.

Đại đa số khách hàng xét nghiệm trong độ tuổi 16-49 tuổi chiếm 92,8%, tỷ lệ khách hàng 16-29 tuổi là cao nhất chiếm 39,4%, đứng thứ 2 là nhóm tuổi 30-39 tuổi chiếm 39,3%. Nhóm 0-02 tuổi chỉ chiếm 0,1%, thấp nhất trong các nhóm tuổi tham gia nghiên cứu.

Bảng 3. 2. Đặc điểm yếu tố/hành vi nguy cơ của khách hàng xét nghiệm HIV

Đặc điểm n=13313	Địa bàn											
	H.Điện Biên		Mộc Châu		Mường Lát		Quan Hóa		Tuần Giáo		Chung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hành vi nguy cơ												
NCMT	1434	65	363	26,9	650	21,1	560	17,1	1508	44,4	4515	33,9
QHTDKAT	26	1,2	0	0	63	2	356	10,9	905	26,7	1350	10,1
Yếu tố nguy cơ												
Vợ/chồng bạn tình nhiễm HIV	38	1,7	354	26,2	115	3,7	290	8,9	4	0,1	801	6,0
Vợ/chồng bạn tình nguy cơ cao	107	4,9	0	0	557	18	425	13	0	0	1089	8,2
Bố mẹ HIV	1	0,1	0	0	63	2	0	0	45	1,3	109	0,8
Phoi nhiễm HIV	8	0,4	0	0	255	8,3	3	0,1	308	9,1	574	4,3
Khác	2	0,1	2	0,2	45	1,5	1	0,03	0	0	50	0,4
Không có nguy cơ	591	26,8	632	46,8	1340	43,4	1640	50,1	851	25,1	5054	38
Tổng	2207	100	1351	100	3088	100	3275	100	3621	100	13542	100

Tỷ lệ khách hàng xét nghiệm có hành vi nguy cơ cao chiếm tỷ lệ nhiều nhất gồm: NCMT 33,9% và cao ở các Huyện Điện Biên, Tuần Giáo; QHTDKAT chiếm 10,1%. Tiếp đến nhóm có vợ/chồng bạn tình nhiễm HIV chiếm 6,0%; vợ/chồng bạn tình của người có hành vi nguy cơ chiếm 8,2%.

Kết quả phân tích các hành vi/ yếu tố chi tiết cho thấy có 229 (1,7%) khách hàng có 2 yếu tố/hành vi nguy cơ trở lên, trong đó nam giới là chủ yếu chiếm 97,8%; 100% đối tượng trên 16 tuổi, tập trung nhiều ở địa bàn Tuần Giáo (225/3369), Quan Hóa (3/3272), Mường Lát (1/3087), nhóm phối hợp hành vi chủ yếu là nghiện chích ma túy và các hành vi khác như QHTDKAT, phơi nhiễm HIV.

Có đến 38% khách hàng xét nghiệm không có nguy cơ, tỷ lệ cao tại các Huyện Mường Lát, Quan Hóa và Mộc Châu; không có khách hàng MSM được ghi nhận.

3.1.2. Đặc điểm khách hàng nhiễm HIV

Trong tổng số 13313 khách hàng đến thực hiện xét nghiệm HIV, có 401 khách hàng được chẩn đoán dương tính với HIV chiếm tỷ lệ 3,01%.

Bảng 3. 3. Đặc điểm nhân khẩu học của khách hàng nhiễm HIV

Đặc điểm n=401	Địa bàn											
	H.Điện Biên		Mộc Châu		Mường Lát		Quan Hóa		Tuần Giáo		Chung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Giới tính												
Nam	85	75,2	28	44,4	13	41,9	49	62	60	52,2	235	58,6
Nữ	28	24,8	35	55,6	18	58,1	30	38	55	47,8	166	41,4
Nhóm tuổi												
0-02	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02-15	2	1,8	4	6,4	3	9,7	1	1,3	6	5,2	16	4
16-29	41	36,3	15	23,8	12	38,7	26	32,9	40	34,8	134	33,4
30-39	45	39,8	22	34,9	13	41,9	41	51,9	41	35,7	162	40,4
40-49	16	14,2	15	23,8	3	9,7	7	8,9	24	20,9	65	16,2
≥ 50	9	8,0	7	11,1	0	0	4	5,1	4	3,5	24	6
Tổng	113	100	63	100	31	100	79	100	115	100	401	100

Trong số khách hàng dương tính với HIV, tỷ lệ khách hàng nam giới nhiều hơn nữ giới không đáng kể (58,6% so với 41,6%), tỷ lệ này có sự chênh lệch rõ ràng nhất ở Điện Biên, Quan Hóa và Tuần Giáo, tuy nhiên ở huyện Mộc Châu, Mường Lát tình trạng ngược lại nữ chiếm tỷ lệ nhiều hơn nam.

Trong 401 khách hàng có kết luận dương tính với HIV thì có đến 90% khách hàng thuộc độ tuổi 16-49 tuổi; còn lại chỉ có khoảng 4% nhóm 2-15 tuổi và Mường Lát là huyện có tỷ lệ này cao nhất (9,7%); 6% là nhóm ≥50 tuổi và Mộc Châu là huyện có tỷ lệ cao nhất (11,1%).

Bảng 3. 4. Đặc điểm yếu tố/hành vi nguy cơ của khách hàng nhiễm HIV

Đặc điểm n=401	Địa bàn											
	H.Điện Biên		Mộc Châu		Mường Lát		Quan Hóa		Tuần Giáo		Chung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hành vi nguy cơ												
NCMT	85	75,2	30	47,6	17	54,8	44	55,7	46	40	222	55,4
QHTDKAT	3	2,7	0	0	1	3,2	0	0	62	53,9	66	16,5
Yếu tố nguy cơ												
Vợ/chồng BT nhiễm HIV	8	7,1	26	41,3	4	12,9	11	13,9	1	0,9	50	12,5
Vợ/chồng BT nguy cơ cao	7	6,2	0	0	5	16,1	1	1,3	0	0	13	3,2
Bố mẹ HIV	1	0,9	0	0	2	6,5	0	0	5	4,4	8	2
Phoi nhiễm HIV	1	0,9	0	0	0	0	3	3,8	1	0,9	5	1,3
Khác	1	0,9	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,3
Không có nguy cơ cao	7	6,2	7	11,1	3	9,7	20	25,3	2	1,7	39	9,7
Tổng	113	100	63	100	31	100	79	100	115	100	401	100

Tương tự như phân bố của mẫu nghiên cứu: Nhóm NCMT vẫn chiếm tỷ lệ lớn nhất với 55,4% trong đó lớn nhất là Điện Biên (75,2%); Tiếp đến nhóm QHTDKAT, trong đó tỷ lệ tương đối cao ở Tuần Giáo chiếm 53,9%; Nhóm Vợ/chồng bạn tình nhiễm HIV cao thứ ba chiếm 12,5%, tỷ lệ này cũng rất cao ở Mộc Châu chiếm 41,3%. Trong nhóm không xác định được nguy cơ chiếm 9,7%, cao nhất ở Quan Hóa là 25,3%, có thể đây là nhóm ẩn còn sợ kỳ thị chưa dám khai báo hành vi nguy cơ.

3.1.3. Mối liên quan giữa đặc điểm khách hàng và tình trạng HIV

Bảng 3. 5. Mối liên quan giữa các đặc điểm chung tới kết quả xét nghiệm

Yếu tố n=13313	Kết quả chẩn đoán							
	Dương tính		Âm tính/không xác định		OR	95%CI	OR*	95%CI*
	n	%	n	%				
Địa bàn nghiên cứu								
Mộc Châu	63	4,7	1,288	95,3	0,9	0,66-1,24	0,92	0,66-1,27
Mường Lát	31	1,0	3,056	99,0	0,2	0,13-0,28	0,18	0,12-0,27
Quan Hóa	79	2,4	3,193	97,6	0,5	0,34-0,61	0,44	0,32-0,6
Tuần Giáo	115	3,4	3,281	96,6	0,7	0,50-0,85	0,65	0,49-0,85
Điện Biên	113	5,1	2,094	94,9	1		1	
Giới tính								
Nữ	166	2,6	6,257	97,4	0,8	0,61-0,92	1,04	0,84-1,29
Nam	235	3,4	6,655	96,6	1		1	
Nhóm tuổi								
0-2 tuổi	0	0,0	19	100	-		-	
2-15 tuổi	16	5,1	296	94,9	2,1	1,21-3,51	2,07	1,21-3,53
30-39 tuổi	162	3,1	5,064	96,9	1,2	0,97-1,54	1,42	1,12-1,79
40-49 tuổi	65	3,5	1,814	96,5	1,4	1,01-1,85	1,25	0,92-1,7
>50 tuổi	24	3,8	609	96,2	1,5	0,97-2,34	1,12	0,71-1,75
16-29 tuổi	134	2,6	5,110	97,4	1		1	

* Kiểm định hồi quy logistic có hiệu chỉnh với các yếu tố tuổi, giới, địa bàn nghiên cứu

Về yếu tố địa bàn nghiên cứu, tại 3 huyện Mường Lát, Quan Hoa, Tuần Giáo, có nhận thấy sự khác biệt về kết quả xét nghiệm dương tính so với huyện Điện Biên. Cụ thể, huyện Mường Lát có tỷ lệ kết quả dương tính (1%) thấp nhất trong các huyện, qua đó, những người sinh sống tại huyện Mường Lát có khả năng có kết quả xét nghiệm khẳng định dương tính thấp hơn 82% so với huyện Điện Biên (OR=0,18; 95%CI=0,12-0,27). Huyện Quan Hóa có khả năng nhận kết quả dương tính ít hơn 56% (OR=0,44; 95%CI: 0,32-0,6), và tại Tuần Giáo sẽ thấp hơn 35% (OR=0,65; 95%CI=0,49-0,85) so với huyện Điện Biên.

Khách hàng là nữ giới nguy cơ nhiễm HIV ít hơn so với nam giới 20% (OR=0,8; 95%CI=0,61-0,92)

Khi tìm hiểu sự khác biệt về kết quả xét nghiệm giữa các nhóm tuổi nhận thấy: ở nhóm từ 2-15 tuổi nguy cơ nhận kết quả dương tính cao hơn 2,07 lần so với nhóm

tuổi từ 16-29 tuổi (OR=2,07; 95% CI: 1,21-3,53), với các khách hàng từ 30-39 tuổi, khả năng nhận kết quả dương tính sẽ cao hơn 1,4 lần so với nhóm 16-29 tuổi (OR=1,4; 95% CI: 1,12-1,79); Chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi 0-2 tuổi, 40-49 tuổi và >50 tuổi so với nhóm 16-29 tuổi.

Bảng 3. 6. Mối liên quan các yếu tố/hành vi nguy cơ tới kết quả xét nghiệm

Yếu tố/Hành vi nguy cơ n=13313	Kết quả khẳng định								
	Dương tính		Âm tính/KXĐ		OR	95%CI	OR*	95%CI*	
	n	%	n	%					
Yếu tố/Hành vi nguy cơ									
Có	362	4,4	7,897	95,6	5,75	4,14-7,98	5,9	4,21-8,27	
Không	39	0,8	5,015	99,2	1		1		
Số Yếu tố/Hành vi nguy cơ									
1 yếu tố/hành vi	359	4,47	7671	95,5	5,87	4,22-8,15	5,92	4,22-8,29	
≥2 yếu tố/hành vi	3	1,3	226	98,7	1,66	0,51-5,42	1,91	0,57-6,38	
Không	39	0,8	5,015	99,2	1		1		
NCMT									
Có	222	4,9	4,293	95,1	2,48	2,03-3,02	2,51	1,97-3,19	
Không	179	2	8,619	98	1		1		
QHTDKAT									
Có	66	4,9	1,284	95,1	1,78	1,36-2,33	1,97	1,45-2,68	
Không	335	2,8	11,628	97,2	1		1		
Vợ/chồng bạn tình nhiễm HIV									
Có	50	6,2	751	93,8	2,3	1,69-3,12	2,35	1,66-3,33	
Không	351	2,8	12,161	97,2	1		1		
Vợ/Chồng bạn tình có nguy cơ cao									
Có	13	1,2	1,076	98,8	0,37	0,21-0,64	0,57	0,32-1,01	
Không	388	3,2	11,836	96,8	1		1		
Bố, mẹ nhiễm HIV									
Có	8	7,3	101	92,7	2,58	1,24-5,33	3,86	1,42-10,48	
Không	393	3	12,811	97	1		1		
Phơi nhiễm với HIV									
Có	5	0,9	569	99,1	0,27	0,11-0,66	0,31	0,13-0,76	
Không	396	3,1	12,343	96,9	1		1		
Khác									
Có	1	2	49	98	0,65	0,09-4,75	1,28	0,17-9,67	
Không	400	3	12,863	97	1		1		

* Kiểm định hồi quy logistic có hiệu chỉnh với các yếu tố tuổi, giới, địa bàn nghiên cứu

Kiểm định hồi quy logistic có hiệu chỉnh các yếu tố tuổi, giới, địa bàn cho thấy: các khách hàng có nguy cơ có khả năng có kết quả khẳng định dương tính cao gấp 5,9 lần so với các khách hàng không có nguy cơ (OR=5,9; 95%CI=4,21-8,27), với những khách hàng có 1 nguy cơ, khả năng này tăng lên gấp 5,92 lần so với những khách hàng không có nguy cơ (OR=5,92; 95%CI=4,22-8,29), tuy nhiên không nhận thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa khách hàng có 2 nguy cơ trở lên và các khách hàng không có hành vi nguy cơ.

Các yếu tố/hành vi nguy cơ như NCMT, QHTDKAT, vợ/chồng bạn tình nhiễm HIV, bố mẹ nhiễm HIV đều có khả năng làm tăng khả năng dương tính với HIV (lần lượt: OR=2,51, 95%CI:1,97-3,19; OR=1,97, 95%CI:1,45-2,68, OR=2,35, 95%CI:1,66-3,33; OR=3,86, 95%CI:1,42-10,48), nguy cơ cao nhất là nhóm NCMT rồi đến nhóm có vợ/chồng bạn tình nhiễm HIV.

Riêng chỉ có duy nhất khách hàng có vợ/chồng bạn tình có nguy cơ cao, trước khi hiệu chỉnh, nhóm khách hàng này có mối liên quan có ý nghĩa thống kê đối với tỷ lệ kết quả xét nghiệm khẳng định dương tính, cụ thể, với những khách hàng có chồng/vợ có nguy cơ cao có khả năng làm giảm tỷ lệ khẳng định dương tính thấp hơn 63% so với các khách hàng không có chồng/vợ có nguy cơ cao (OR=0,37; 95%CI=0,21-0,64, tuy nhiên sau khi hiệu chỉnh về tuổi, giới, địa bàn nghiên cứu, yếu tố này trở nên không có ý nghĩa thống kê. Điều này xảy ra tương tự với nhóm có các yếu tố/hành vi nguy cơ khác.

3.2. Thực trạng, các yếu tố liên quan hoạt động xét nghiệm HIV (SLab)

3.2.1. Thực trạng hoạt động xét nghiệm HIV theo mô hình Slab

3.2.1.1. Nguồn khách hàng đến xét nghiệm HIV

Mô hình SLab trước can thiệp tiếp cận được 8284 khách hàng xét nghiệm HIV.

Bảng 3. 7. Phân bố nguồn khách hàng đến xét nghiệm

Kênh giới thiệu n=8284	Địa bàn											
	H. Điện Biên		Mộc Châu		Mường Lát		Quan Hóa		Tuần Giáo		Chung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Khách hàng xét nghiệm												
Tự đến	943	98,4	1044	99,7	2439	99,9	2265	99,96	1204	76,6	7895	95,3
Y tế thôn bản	0	0	0	0	3	0,1	1	0,04	0	0	4	0,1
TCCĐ	15	1,6	3	0,3	0	0	0	0	367	23,4	385	4,7
CSYT khác	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tổng	958	100	1047	100	2442	100	2266	100	1571	100	8284	100
Khách hàng có kết quả dương tính HIV												
Tự đến	39	72,2	36	92,3	16	84,2	40	97,6	22	45,8	153	76,1
Y tế thôn bản	0	0	0	0	3	15,8	1	2,4	0	0	4	2
TCCĐ	15	27,8	3	7,7	0	0	0	0	26	54,2	44	21,9
CSYT khác	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tổng	54	100	39	100	19	100	41	100	48	100	201	100

Phần lớn khách hàng tự đến xét nghiệm HIV chiếm 95,3%, tình trạng giống nhau ở các địa bàn nghiên cứu, riêng địa bàn tỉnh Điện Biên có thêm một phần nhỏ khách hàng do nhân viên tiếp cận cộng đồng giới thiệu.

Tương tự như vậy trong nhóm khách hàng dương tính HIV, nhóm tự đến chiếm đa số chiếm 76,1%. Tuy nhiên có sự tăng về tỷ trọng khách hàng được phát hiện dương tính HIV trong nhóm khách hàng do nhân viên tiếp cận cộng đồng (TCCĐ) giới thiệu chiếm 21,9%, chủ yếu ở Huyện Điện Biên và Tuần Giáo.

3.2.1.2. Kết quả xét nghiệm HIV

Bảng 3. 8. Kết quả xét nghiệm sàng lọc, khẳng định HIV

Kết quả n=8284	Địa bàn											
	H.Điện Biên		Mộc Châu		Mường Lát		Quan Hóa		Tuần Giáo		Chung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Xét nghiệm sàng lọc HIV												
Có phản ứng	56	5,9	46	4,4	19	0,8	41	1,8	56	3,6	218	2,6
Âm tính	902	94,2	1001	95,6	2423	99,2	2225	98,2	1515	96,4	8066	97,4
Xét nghiệm khẳng định HIV trên các mẫu có phản ứng												
Dương tính	54	96,4	39	84,8	19	100	41	100	48	85,7	201	92,2
Âm tính	1	1,8	7	15,2	0	0	0	0	6	10,7	14	6,4
KXĐ	1	1,8	0	0	0	0	0	0	2	3,6	3	1,4
So sánh sự đồng nhất giữa kết quả xét nghiệm sàng lọc và khẳng định HIV												
Có	957	99,9	1040	99,3	2442	100	2266	100	1565	99,6	8270	99,8
Không	1	0,1	7	0,7	0	0	0	0	6	0,4	14	0,2
Tổng	958	100	1047	100	2442	100	2266	100	1571	100	8284	100

Kết quả thực hiện xét nghiệm sàng lọc có 218 khách hàng có phản ứng với HIV được gửi đi làm xét nghiệm chẩn đoán HIV. Sau xét nghiệm chẩn đoán thì tỷ lệ khách hàng có kết luận dương tính, không xác định (KXĐ) và âm tính lần lượt là 2,4% (201/8284); 0,04% (3/8284); 97,5% (8080/8284). Tỷ lệ HIV dương tính cao nhất tại TTYT Huyện Điện Biên là 5,6%(54/958) và thấp nhất tại TTYT huyện Mường Lát là 0,8% (19/2442).

Tỷ lệ kết quả đồng nhất xét nghiệm sàng lọc và chẩn đoán HIV theo chiến lược xét nghiệm rất cao đạt 99,8%, chỉ có 0,2% kết quả không đồng nhất, trong đó chủ yếu do phản ứng dương tính giả ở xét nghiệm sàng lọc với tỷ lệ là 7,8% (17/218) cao nhất ở Mộc Châu là 15,2% (7/46) và Tuần Giáo là 14,3% (8/56).

3.2.1.3. Giai đoạn phát hiện nhiễm HIV của đối tượng nghiên cứu

Phương pháp xác định giai đoạn phát hiện sớm hay muộn phụ thuộc vào các tiêu chuẩn CD4 lần đầu, giai đoạn lâm sàng tại thời điểm khách hàng được kết nối với quản lý chăm sóc trước điều trị. Cho nên có những khách hàng bị mất dấu,

không được làm xét nghiệm CD4, không được ghi nhận thông tin giai đoạn lâm sàng nên không rõ giai đoạn nhiễm HIV khi phát hiện.

Bảng 3. 9. Mô tả giai đoạn nhiễm HIV khi xét nghiệm phát hiện

Giai đoạn phát hiện n=201	Địa bàn											
	H.Điện Biên		Mộc Châu		Mường Lát		Quan Hóa		Tuần Giáo		Chung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sớm	9	16,7	10	25,6	1	5,3	5	12,2	9	18,8	34	16,9
Muộn (LP)	13	24,1	19	48,7	9	47,4	18	43,9	22	45,8	81	40,3
Rất muộn (LPAD)	4	7,4	2	5,1	6	31,6	5	12,2	3	6,3	20	10
Không rõ	28	51,9	8	20,5	3	15,8	13	31,7	14	29,2	66	32,8
Tổng	54	100	39	100	19	100	41	100	48	100	201	100

Trong số 201 bệnh nhân HIV dương tính được phát hiện qua mô hình SLab trước can thiệp: nhóm khách hàng phát hiện ở giai đoạn muộn có CD4 lần đầu <350 tế bào/mm³ hoặc có xuất hiện các triệu chứng lâm sàng III, IV là nhiều nhất chiếm 40,3%, có đến 10% khách hàng phát hiện ở giai đoạn rất muộn với CD4 <200 tế bào/mm³ và có biểu hiện lâm sàng giai đoạn III, IV hoặc AIDS. Tuy nhiên nếu chỉ xem xét 135 bệnh nhân có thông tin để phân định giai đoạn phát hiện HIV, thì tỷ lệ có đến 74,8% bệnh nhân phát hiện ở giai đoạn muộn và rất muộn. Tình trạng xét nghiệm phát hiện ở giai đoạn muộn và rất muộn gặp nhiều ở Mường Lát, huyện có địa bàn đi lại rất khó khăn xa trung tâm cách trên 300 km và rất nhiều người dân sống ở các địa bàn vùng núi thôn bản cách trở.

Trong số 66 bệnh nhân không rõ giai đoạn phát hiện, có 19 (28,8%) bệnh nhân không được làm xét nghiệm CD4 và không được ghi nhận tình trạng lâm sàng, tình trạng này chủ yếu xảy ra ở Quan Hóa và Huyện Điện Biên, đây cũng là các huyện không có sẵn POCT CD4 để cung cấp ngay cho bệnh nhân.

3.2.1.4. Nhận kết quả xét nghiệm

Bảng 3. 10. Mô tả thực trạng nhận kết quả xét nghiệm HIV

Khách hàng n=8251	Địa bàn											
	H.Điện Biên		Mộc Châu		Mường Lát		Quan Hóa		Tuần Giáo		Chung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dương tính	52	96,3	37	94,9	16	84,2	33	80,5	40	83,3	178	88,6
Âm tính	902	99,9	999	99,1	2423	100	2225	100	1521	100	8070	99,8
KXD	1	100	0	0	0	0	0	0	2	100	3	100
Tổng	955	99,7	1036	98,9	2439	99,9	2258	99,6	1563	99,5	8251	99,6

Phần lớn khách hàng xét nghiệm HIV theo mô hình SLab nhận được kết quả xét nghiệm với tỷ lệ lần lượt ở các nhóm khách hàng dương tính, âm tính, không xác định là 88,6%; 99,8% và 100%. Tỷ lệ khách hàng dương tính quay trở lại nhận kết quả có sự khác nhau giữa các huyện, cao nhất là huyện Điện Biên 96,3% và thấp nhất là huyện Quan Hóa đạt 80,5% do mất dấu và tử vong trước khi nhận kết quả.

3.2.1.5. Kết nối với điều trị ARV.

Trong số 201 khách hàng dương tính với HIV có 178 khách hàng quay trở lại nhận kết quả, có 155 ghi nhận được sự kết nối với cơ sở chăm sóc và điều trị và có 152 khách hàng điều trị ARV.

Bảng 3. 11. Mô tả thực trạng kết nối điều trị ARV của khách hàng dương tính

Kết quả chuyển gửi n=201	Địa bàn											
	H. Điện Biên		Mộc Châu		Mường Lát		Quan Hóa		Tuần Giáo		Chung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Thành công	35	64,8	32	82,1	15	79	31	75,6	39	81,3	152	75,6
Tử vong hoặc mất dấu	19	35,2	7	18	4	21,1	10	24,4	9	18,8	49	24,4
Tổng	54	100	39	100	19	100	41	100	48	100	201	100

Có 75,6% khách hàng dương tính với HIV kết nối thành công đến điều trị ARV, còn lại là 24,4% khách hàng tử vong hoặc mất dấu trước điều trị ARV. Tỷ lệ chuyển gửi thành công cao nhất ở Huyện Mộc Châu là 82,1%. Tỷ lệ mất dấu hoặc tử vong trước khi được điều trị ARV cao nhất ở các Huyện Điện Biên chiếm 35,2%.

Bảng 3. 12. Mô tả giai đoạn mất dấu/tử vong của khách hàng dương tính

Tình trạng n=49	Địa bàn											
	H. Điện Biên		Mộc Châu		Mường Lát		Quan Hóa		Tuần Giáo		Chung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mất dấu trước nhận KQXN	2	10,5	2	28,6	2	50	8	80	0	0	14	28,6
Tử vong trước nhận KQXN	0	0	0	0	1	25	0	0	8	88,9	9	18,4
Mất dấu sau nhận KQXN	17	89,5	4	57,1	1	25	2	20	1	11,1	25	51
Mất dấu trước điều trị ARV	0	0	1	14,3	0	0	0	0	0	0	1	2
Tổng	19	100	7	100	4	100	10	100	9	100	49	100

Có 49 khách hàng dương tính HIV sử dụng mô hình SLab không có cơ hội điều trị ARV, chủ yếu là mất dấu sau khi nhận kết quả chiếm 51%, sau đó đến mất dấu trước khi nhận kết quả xét nghiệm chiếm 28,6%. Việc mất dấu/tử vong ở các giai đoạn cũng khác nhau giữa các quận huyện, ở Huyện Điện Biên và Mộc Châu chủ yếu xảy ra sau khi nhận KQXN, trong khi đó Mường Lát, Quan Hóa và Tuần Giáo xảy ra ở giai đoạn trước khi nhận KQXN, đặc biệt ở Tuần Giáo tỷ lệ tử vong trước nhận KQXN là đa số.

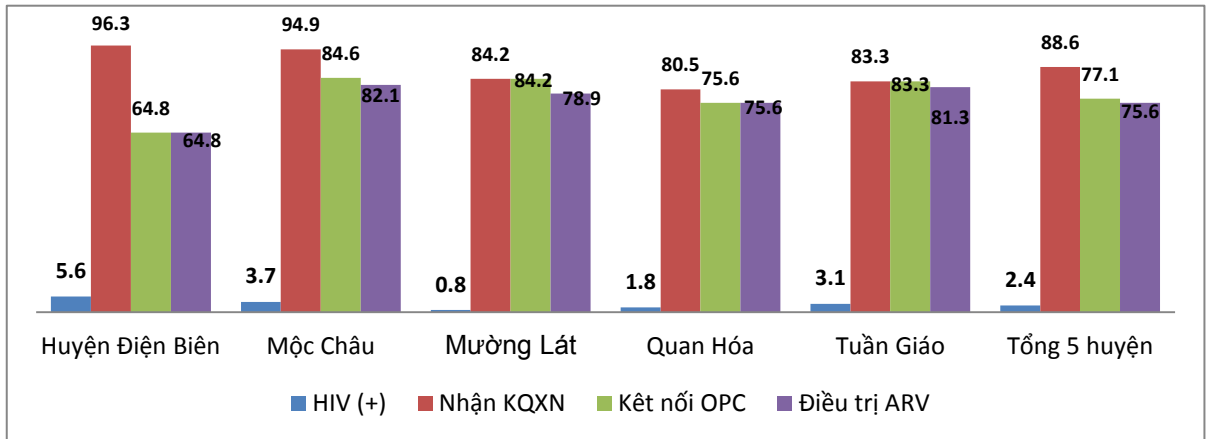
Những khách hàng dương tính có hành vi nguy cơ cao được chuyển gửi đến điều trị ARV và các dịch vụ dự phòng giảm nguy cơ hoặc điều trị các nhiễm trùng khác kèm theo, nếu người nhiễm HIV được chuyển gửi đầy đủ các dịch vụ được coi là chuyển gửi đúng, còn lại không đầy đủ được coi là chuyển gửi sai.

Bảng 3. 13. Mô tả kết quả chuyển gửi của khách hàng dương tính

Kết quả chuyển gửi n=201	Địa bàn											
	Điện Biên		Mộc Châu		Mường Lát		Quan Hóa		Tuần Giáo		Chung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sai	19	35,2	11	28,2	4	21,1	11	26,8	9	18,8	54	26,9
Đúng	35	64,8	28	71,8	15	79	30	73,2	39	81,3	147	73,1
Tổng	54	100	39	100	19	100	41	100	48	100	201	100

Trong số 201 khách hàng dương tính HIV có tới 26,9% khách hàng có kết quả chuyển gửi sai, trong đó cao nhất là huyện Điện Biên là 35,2%.

3.2.1.6. Kết quả đa bậc thực trạng tiếp cận sử dụng dịch vụ HIV.



Sơ đồ 3. 1. Theo dõi đa bậc thực trạng tiếp cận sử dụng dịch vụ HIV

Vẫn còn khoảng trống trong nhận kết quả, kết nối OPC và điều trị ARV, huyện Điện Biên có tỷ lệ nhận kết quả cao nhất, nhưng tỷ lệ kết nối với OPC và điều trị ARV thấp nhất, ngược lại huyện Mộc Châu là huyện có tỷ lệ nhận kết quả, kết nối OPC và điều trị ARV cao nhất trong 5 huyện.

3.2.1.7. Thời gian chờ xét nghiệm và điều trị

Thời gian xét nghiệm, chờ điều trị là yếu tố quan trọng quyết định việc thành công kết nối bệnh nhân HIV với điều trị ARV, 2 khoảng thời gian được xem xét: (1) số ngày chờ nhận kết quả xét nghiệm HIV: được tính là từ khi lấy mẫu cho đến khi bệnh nhân đến nhận kết quả; (2) số ngày chờ điều trị: được tính từ ngày bệnh nhân đến nhận kết quả cho đến ngày bệnh nhân được điều trị ARV.

Bảng 3. 14. Mô tả thời gian chờ nhận kết quả xét nghiệm HIV

Địa bàn n=8284	Thời gian chờ kết quả					IQR
	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Trung vị	Tối thiểu	Tối đa	
H. Điện Biên	2.6	18.6	0	0.0	404	0
Mộc Châu	1.3	15.3	0	0.0	476	0
Mường Lát	0.1	2.0	0	0	59	0
Quan Hóa	0.4	3.4	0	0	56	0
Tuần Giáo	0.8	4.8	0	0	76	0
Chung	0.8	8.9	0	0	476	0

* IQR: the interquartile range – khoảng tứ phân vị

Thời gian khách hàng nhận kết quả trung bình của toàn bộ 5 địa bàn nghiên cứu là 0,8 (8,9) ngày, tuy nhiên có những khách hàng quay trở lại lâu nhất là 476 ngày

và khách hàng có kết quả nhanh nhất là được trả trong ngày (0 ngày). Huyện Mường Lát là địa bàn có thời gian chờ đợi ngắn nhất với trung bình 0,1 (2,0) ngày chờ đợi, trong khi đó, Huyện Điện Biên lại là huyện có thời gian chờ lâu nhất với 2,6 (18,6) ngày chờ. Do tỷ lệ dương tính chỉ chiếm từ 0,24% nên thời gian chờ đợi kết quả trung bình của tất cả khách hàng nhanh.

Bảng 3. 15. Mô tả thời gian chờ nhận kết quả HIV dương tính

Địa bàn n=178	Thời gian chờ kết quả					
	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Trung vị	Tối thiểu	Tối đa	IQR
H. Điện Biên	46,6	65,9	31	9	404	27,5
Mộc Châu	30,6	76,2	15	1	476	13
Mường Lát	17,7	18,4	12	0	59	13,5
Quan Hóa	22,2	13,9	18	7	56	9
Tuần Giáo	24,4	13,7	20,5	13	76	13,5
Chung	31,2	51,5	20	0	476	18

* IQR: the interquartile range – khoảng tứ phân vị

Thời gian chờ nhận kết quả trung bình của khách hàng dương tính với HIV trước can thiệp là 31,2 (51,5) ngày với khách hàng chờ lâu nhất là 476 ngày và khách hàng có kết quả nhanh nhất là được trả ngay trong ngày. 4/5 huyện có số ngày chờ trung bình trên 3 tuần, trong đó, Mường Lát có số ngày chờ thấp nhất 17,7 ngày và H. Điện Biên là lâu nhất 46,6 ngày. Chỉ có 29,8% khách hàng là nhận được kết quả xét nghiệm HIV dương tính dưới 2 tuần, điều này cho thấy tình trạng bệnh nhân chậm quay trở lại nhận kết quả xét nghiệm HIV trong mô hình SLab để được kết nối với điều trị ARV.

Bảng 3. 16. Mô tả thời gian chờ điều trị ARV

Địa bàn n =152	Thời gian chờ điều trị					
	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Trung vị	GTNN	GTLN	IQR
H. Điện Biên	46,0	66,5	13	0	270	58
Mộc Châu	17,6	33,3	9	0	188	15
Mường Lát	16,5	29,4	0	0	105	35
Quan Hóa	45,7	71,5	11	0	216	42
Tuần Giáo	13,8	21,3	7	0	88	10
Chung	28,8	51,6	8,5	0	270	20,5

* IQR: the interquartile range – khoảng tứ phân vị

Sự phân bố thời gian chờ điều trị của các khách hàng dương tính với HIV theo địa bàn phân bố từ 0-270 ngày, số ngày chờ điều trị trung bình của khách hàng HIV trước can thiệp là 28,8 (51,6) ngày, mức trung vị được xác định ở đây là 8,5 phân tán với khoảng tứ phân vị IQR=20,5. BN HIV ở Tuần Giáo có số ngày chờ điều trị trung bình thấp nhất là 13,8 (21,3), với số ngày chờ ngắn nhất và dài nhất lần lượt là 0-88, trung vị là 7 và IQR=10. Ngược lại BN ở Huyện Điện Biên có số ngày chờ điều trị trung bình cao nhất là 46,0 ngày độ lệch chuẩn lần lượt 66,5 và trung vị là 13 số ngày chờ phân tán trong khoảng lần lượt 0-270 với tứ phân vị IQR bằng 58.

3.2.2. Mối liên quan giữa đặc điểm khách hàng và xét nghiệm HIV

3.2.2.2. Mối liên quan tới giai đoạn đến xét nghiệm phát hiện HIV

Bảng 3. 17. Mối liên quan giữa các đặc điểm chung và giai đoạn phát hiện HIV

Yếu tố n=201	Giai đoạn phát hiện				OR	95%CI	OR*	95%CI*
	Muộn		Sớm/ Không rõ					
	n	%	n	%				
Địa bàn nghiên cứu								
Mộc Châu	21	53,9	18	46,2	2,54	1,08 - 5,95	1,76	0,71 - 4,39
Mường Lát	15	79,0	4	21,1	8,16	2,35 - 28,3	6,45	1,79 - 23,28
Quan Hóa	23	56,1	18	43,9	2,78	1,2 - 6,46	2,83	1,2 - 6,68
Tuần Giáo	25	52,1	23	47,9	2,37	1,06 - 5,3	1,87	0,81 - 4,35
Điện Biên	17	31,5	37	68,5	1		1	
Giới tính								
Nữ	53	61,6	33	38,4	2,24	1,27 - 3,97	2,05	1,09 - 3,86
Nam	48	41,7	67	58,3	1		1	
Nhóm tuổi								
2-15 tuổi	3	50,0	3	50,0	1,3	0,25 - 6,88	1,53	0,28 - 8,4
30-39 tuổi	44	51,2	42	48,8	1,37	0,73 - 2,54	1,41	0,73 - 2,74
40-49 tuổi	17	68,0	8	32,0	2,77	1,07 - 7,2	2,89	1,06 - 7,92
≥50 tuổi	4	50,0	4	50,0	1,3	0,3 - 5,6	1,27	0,27 - 5,95
16-29 tuổi	33	43,4	43	56,6	1		1	

* Kiểm định hồi quy logistic có hiệu chỉnh với các yếu tố tuổi, giới, địa bàn nghiên cứu

Phân tích mối liên quan giữa các yếu tố đặc điểm chung với giai đoạn phát hiện cho kết quả yếu tố về địa bàn nghiên cứu có mối liên quan có ý nghĩa thống kê đối với giai đoạn phát hiện, các khách hàng phát hiện dương tính với HIV ở giai đoạn muộn tại huyện Mường Lát cao gấp 8,16 lần, tại huyện Quan Hóa cao gấp 2,78 lần, tại huyện Tuần Giáo cao gấp 2,37 lần so với các khách hàng tới xét nghiệm tại

huyện Điện Biên (OR=8,16; 95%CI: 2,35-28,3; OR=2,78, 95%CI: 1,2-6,46 và OR=2,37; 95%CI: 1,06-5,3).

Khách hàng có giới tính nữ phát hiện dương tính với HIV ở giai đoạn muộn cao gấp 2,24 lần so với nam (OR=2,24, 95%CI: 1,27-3,97)

Xét về yếu tố nhóm tuổi, nhóm tuổi từ 40-49 tuổi có tỷ lệ phát hiện ở giai đoạn muộn có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê, cụ thể với nhóm tuổi từ 40-49 tuổi, tỷ lệ khách hàng phát hiện muộn cao gấp 2,77 lần so với nhóm từ 16-29 tuổi (OR=2,77; 95%CI=1,07-7,2), các nhóm tuổi khác không xác định được mối liên quan có ý nghĩa thống kê với giai đoạn phát hiện.

Bảng 3. 18. Mối liên quan giữa yếu tố/hành vi nguy cơ tới giai đoạn phát hiện

Nguy cơ n=201	Giai đoạn phát hiện							
	Sớm		Muộn		OR	95%CI	OR*	95%CI*
	n	%	n	%				
Yếu tố/Hành vi nguy cơ								
Có	95	50,5	93	49,5	1,19	0,39 - 3,68	1,38	0,39 - 4,85
Không	6	46,2	7	53,9	1		1	
Số Yếu tố/hành vi nguy cơ								
1 yếu tố/hành vi	94	50,3	93	49,7	1,18	0,33 - 4,42	1,37	0,39 - 4,81
≥2 yếu tố/hành vi	1	100	0	0	-	-	-	-
Không	6	46,2	7	53,9	1		1	
Nghiện chích ma túy								
Có	56	47,5	62	52,5	0,76	0,43 - 1,34	0,96	0,49 - 1,89
Không	45	54,2	38	45,8	1		1	
Quan hệ tình dục không an toàn								
Có	17	54,8	14	45,2	1,24	0,58 - 2,68	0,94	0,29 - 3,03
Không	84	49,4	86	50,6	1		1	
Chồng/vợ bạn tình nhiễm HIV								
Có	14	56	11	44	1,3	0,56 - 3,03	1,12	0,43 - 2,9
Không	87	49,4	89	50,6	1		1	
Chồng/vợ bạn tình có nguy cơ cao								
Có	3	37,5	5	62,5	0,58	0,14 - 2,5	0,51	0,1 - 2,56
Không	98	50,8	95	49,2	1		1	
Phơi nhiễm với HIV								
Có	4	80	1	20	4,08	0,45 - 37,18	4,46	0,43 - 46,5
Không	97	49,5	99	50,5	1		1	

* Kiểm định hồi quy logistic có hiệu chỉnh với các yếu tố tuổi, giới, địa bàn nghiên cứu

Sau khi hiệu chỉnh với các yếu tố tuổi, giới, địa bàn nghiên cứu, kiểm định hồi quy logistic phân tích mối liên quan các hành vi nguy cơ tới giai đoạn phát hiện có thể nhận thấy rằng không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê trong mối liên quan giữa các nhóm yếu tố/hành vi nguy cơ với giai đoạn phát hiện sớm hay muộn.

3.2.2.3. Mối liên quan tới kết quả chuyển gửi kết nối điều trị ARV

Bảng 3. 19. Mối liên quan giữa đặc điểm chung tới kết nối điều trị ARV

Yếu tố n=201	Kết nối				OR	95%CI	OR*	95%CI*
	Thành công		Không thành công					
	n	%	n	%				
Địa bàn								
Mộc Châu	32	82,1	7	17,9	2,48	0,92 - 6,68	1,74	0,61 - 4,99
Mường Lát	15	78,9	4	21,1	2,04	0,59 - 7,01	1,4	0,38 - 5,13
Quan Hóa	31	75,6	10	24,4	1,68	0,68 - 4,16	1,72	0,68 - 4,34
Tuần Giáo	39	81,3	9	18,8	2,35	0,94 - 5,87	1,88	0,72 - 4,88
Điện Biên	35	64,8	19	35,2	1			
Giới tính								
Nữ	74	86	12	14	2,93	1,42 - 6,04	2,62	1,22 - 5,65
Nam	78	67,8	37	32,2	1			
Nhóm tuổi								
2-15 tuổi	4	66,7	2	33,3	0,71	0,12 - 4,2	0,67	0,11 - 4,15
30-39 tuổi	64	74,4	22	25,6	1,04	0,51 - 2,1	1,07	0,51 - 2,21
40-49 tuổi	21	84	4	16	1,88	0,57 - 6,13	1,66	0,49 - 5,66
>50 tuổi	7	87,5	1	12,5	2,5	0,29 - 21,6	2,09	0,23 - 19,31
16-29 tuổi	56	73,7	20	26,3	1			

* Kiểm định hồi quy logistic có hiệu chỉnh với các yếu tố tuổi, giới, địa bàn nghiên cứu

Kết quả hồi quy logistic cho thấy có mối liên quan giới tính đến kết quả kết nối điều trị ARV: giới tính nữ có tỉ lệ kết nối thành công điều trị ARV cao hơn 2,62 lần so với nam (OR: 2,62, 95%CI: 1,22 – 5,65).

Không tìm thấy mối liên quan giữa các nhóm tuổi và địa bàn tới kết quả kết nối điều trị ARV của khách hàng.

Bảng 3. 20. Mối liên quan giữa yếu tố/hành vi nguy cơ tới kết nối điều trị ARV

Yếu tố/Hành vi n=201	Kết nối								
	Thành công		Không thành công		OR	95%CI	OR*	95%CI*	
	n	%	n	%					
Yếu tố/Hành vi nguy cơ									
Có	141	75	47	25	0,55	0,12 - 2,55	0,45	0,08 - 2,72	
Không	11	84,6	2	15,4	1		1		
Số yếu tố/ hành vi nguy cơ									
1 yếu tố/hành vi	140	74,9	47	25,1	0,54	0,12 - 2,53	3,01	0,45 - 20,15	
≥2 yếu tố/hành vi	1	100	0	0	-	-	-	-	
Không	11	84,6	2	15,4	1		1		
NCMT									
Có	77	65,3	41	34,7	0,2	0,09 - 0,46	0,18	0,07 - 0,48	
Không	75	90,4	8	9,6	1		1		
QHTDKAT									
Có	29	93,5	2	6,5	5,54	1,27 - 24,14	5,91	1,04 - 33,48	
Không	123	72,4	47	27,6	1				
Vợ/Chồng bạn tình nhiễm HIV									
Có	23	92	2	8	4,19	0,95 - 18,46	4,94	0,96 - 25,53	
Không	129	73,3	47	26,7	1		1		
Vợ/Chồng bạn tình có nguy cơ cao									
Có	7	87,5	1	12,5	2,32	0,28 - 19,32	2,04	0,22 - 18,74	
Không	145	75,1	48	24,9	1		1		
Phối nhiễm với HIV									
Có	4	80	1	20	1,3	0,14 - 11,89	1,56	0,15 - 16,4	
Không	148	75,5	48	24,5	1		1		

* Kiểm định hồi quy logistic có hiệu chỉnh với các yếu tố tuổi, giới, địa bàn nghiên cứu

Phân tích hồi quy logistic có hiệu chỉnh cho thấy khách hàng NCMT có khả năng thành công thấp hơn so với khách hàng không có nguy cơ (OR: 0,18, 95%CI: 0,07 – 0,48). Khách hàng có QHTDKAT có khả năng kết nối điều trị ARV thành công cao hơn khách hàng không có hành vi nguy cơ (OR: 5,91, 95%CI: 1,04-33,5). Các hành vi nguy cơ khác không cho thấy có mối liên quan tới khả năng kết nối điều trị ARV thành công.

3.2.2.4. *Mối liên quan tới kết quả chuyển gửi các dịch vụ y tế sau xét nghiệm của khách hàng dương tính HIV*

Bảng 3. 21. Mối liên quan giữa đặc điểm chung tới kết quả chuyển gửi

Yếu tố n=201	Kết quả chuyển gửi				OR	95%CI	OR*	95%CI*
	Đúng		Sai					
	n	%	n	%				
Địa bàn nghiên cứu								
Mộc Châu	28	71,8	11	28,2	1,38	0,57 - 3,38	1	0,38 - 2,61
Mường Lát	15	79,0	4	21,1	2,04	1,13 - 0,26	1,58	0,44 - 5,68
Quan Hóa	30	73,2	11	26,8	1,48	0,87 - 0,39	1,5	0,61 - 3,71
Tuần Giáo	39	81,3	9	18,8	2,35	0,94 - 5,87	2	0,78 - 5,15
Điện Biên	35	64,8	19	35,2	1		1	
Giới tính								
Nữ	70	81,4	16	18,6	2,16	1,11 - 4,21	2	0,97 - 4,09
Nam	77	67,0	38	33,0	1		1	
Nhóm tuổi								
2-15 tuổi	4	66,7	2	33,3	0,76	0,13 - 4,48	0,82	0,13 - 5,08
30-39 tuổi	61	70,9	25	29,1	0,93	0,47 - 1,85	0,97	0,48 - 1,96
40-49 tuổi	20	80,0	5	20,0	1,53	0,51 - 4,59	1,46	0,47 - 4,54
≥50 tuổi	7	87,5	1	12,5	2,67	0,31 - 23,05	2,86	0,32 - 25,79
16-29 tuổi	55	72,4	21	27,6	1		1	

Yếu tố địa bàn nghiên cứu, huyện Quan Hóa có kết quả chuyển gửi đúng cao gấp 1,48 lần (OR=1,48, 95%CI = 0,87-0,39) so với huyện Điện Biên, ở các huyện khác không thấy sự chênh lệch đáng kể.

Chưa tìm thấy mối liên quan giữa các đặc điểm giới, nhóm tuổi đến kết quả chuyển gửi của khách hàng dương tính với HIV.

Bảng 3. 22. Mối liên quan giữa yếu tố/hành vi nguy cơ tới kết quả chuyển gửi

Yếu tố/Hành vi n=201	Kết quả chuyển gửi				OR	95%CI	OR*	95%CI*
	Đúng		Sai					
	n	%	n	%				
Yếu tố/hành vi nguy cơ								
Có	136	72,34	52	27,66	0,34	0,1 - 2,22	0,25	0,06 - 2,1
Không	11	84,62	2	15,38	1		1	
Số loại yếu tố/hành vi nguy cơ								
1 yếu tố/hành vi	135	72,19	52	27,81	0,34	0,37 - 0,96	0,25	0,32 - 1,15
≥2 yếu tố/hành vi	1	100	0	0	-	-	-	-
Không	11	84,62	2	15,38	1		1	
NCMT								
Có	74	62,71	44	37,29	0,23	0,11 - 0,49	0,21	0,08 - 0,51
Không	73	87,95	10	12,05	1		1	
QHTDKAT								
Có	29	93,55	2	6,45	6,39	1,47 - 27,78	6,95	1,22 - 39,57
Không	118	69,41	52	30,59	1		1	
Vợ/Chồng bạn tình nhiễm HIV								
Có	21	84	4	16	2,08	0,68 - 6,37	2,84	0,8 - 10,03
Không	126	71,59	50	28,41	1		1	
Vợ/Chồng bạn tình có nguy cơ cao								
Có	7	87,5	1	12,5	2,65	0,32 - 22,06	2,51	0,28 - 22,76
Không	140	72,54	53	27,46	1		1	
Phơi nhiễm với HIV								
Có	4	80	1	20	1,48	0,16 - 13,57	1,51	0,15 - 15,52
Không	143	72,96	53	27,04	1		1	

* Kiểm định hồi quy logistic có hiệu chỉnh với các yếu tố tuổi, giới, địa bàn nghiên cứu

Thông qua kiểm định hồi quy logistic, sau khi hiệu chỉnh các yếu tố tuổi, giới và địa bàn nghiên cứu cho kết quả, về mối liên quan việc có hành vi nguy cơ tới kết quả chuyển gửi cho kết quả. Có một hành vi nguy cơ làm tỉ lệ chuyển gửi sai thấp hơn 66% (OR=0,34, 95%CI: 0,37-0,96). Với các hành vi nguy cơ: NCMT làm giảm tỉ lệ chuyển gửi sai (OR=0,21, 95%CI: 0,08-0,51). Tuy nhiên có hành vi QHTDKAT có tỉ lệ chuyển gửi sai tăng cao gấp 6,95 lần so với không có hành vi này (OR:6,95, 95% CI: 1,22-39,57). Các yếu tố hành vi khác không thấy có mối liên quan đến kết quả chuyển gửi.

3.2.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến xét nghiệm HIV

Để tìm hiểu sâu hơn các yếu tố đặc trưng ở khu vực có liên quan đến việc hạn chế tiếp cận, sử dụng xét nghiệm HIV và những mong muốn về dịch vụ xét nghiệm HIV, nghiên cứu đã tiến hành phương pháp nghiên cứu định tính với 20 cuộc phỏng vấn sâu, 1 cuộc thảo luận nhóm. Kết quả nghiên cứu các yếu tố rào cản/thúc đẩy được sắp xếp theo các nhóm chủ đề sau:

3.2.3.1. Các yếu tố rào cản tiếp cận sử dụng xét nghiệm HIV

a. Nhóm các yếu tố liên quan đến cá nhân

Đặc điểm người dân tại địa bàn nghiên cứu.

Môi trường/hoàn cảnh sinh sống khó khăn.

Người dân tộc thiểu số, những người dễ bị tổn thương, người có hành vi nguy cơ lại hay sống tập trung ở các bản làng, vùng biên giới, xa trung tâm/dịch vụ y tế. Trong khi đó hạ tầng giao thông đi lại tại địa phương khó khăn, hệ thống vận chuyển cũng hạn chế, có nhiều nơi muốn đi chuyển xuống huyện mất gần nửa ngày đi lại, điều này gây tâm lý ngại không muốn đi xét nghiệm.

Địa bàn dài rộng, vùng biên đường xá đi lại khó khăn (Trưởng khoa xét nghiệm, nam, 52 tuổi, PVS3).

Phần lớn là người nghèo, điều kiện sống khó khăn, không có phương tiện đi lại trong khi dịch vụ xét nghiệm tập trung lại cần phải đi lại nhiều lần để nhận được kết quả, tốn thời gian, công sức và tiền của của người dân cho việc đi lại, dẫn tới việc ngại tiếp cận các dịch vụ y tế trong đó có xét nghiệm HIV.

Những đối tượng mà người ta không có phương tiện đi lại (Phó TK xét nghiệm, nữ, 27 tuổi, PVS 12).

Người dân chủ yếu làm nông nghiệp, thủ công, lao động tự do, thời vụ thu nhập thấp, điều kiện sống khó khăn, nên nhu cầu về chăm sóc y tế, xét nghiệm, chẩn đoán và điều trị không phải ưu tiên hàng đầu. Hậu quả là thường phát hiện ở giai đoạn muộn, khi đã có những ảnh hưởng đến sức khỏe nặng nề mới đi bệnh viện, nguy cơ lây nhiễm HIV gia tăng, nhiều trường hợp không quan tâm đến kết quả xét nghiệm HIV nên mất dấu sau xét nghiệm. Cán bộ y tế phải xuống tận nhà để thông báo kết quả, tuy nhiên không phải nơi nào cán bộ y tế cũng có thời gian để xuống tận địa bàn.

Bệnh nhân không có điều kiện, hoàn cảnh gia đình khó khăn ...và những lí do khác...cán bộ y tế xuống địa bàn gặp trực tiếp thông báo kết quả...(Giám đốc CSYT, nam, 43 tuổi, PVS4).

Trình độ dân trí thấp.

Người dân có trình độ dân trí thấp, nhiều người không biết đọc, nên việc nhận thức về văn hóa xã hội hạn chế, từ đó cho thấy việc tiếp cận thông tin qua hình thức đọc báo/tài liệu/tờ rơi/áp phích rất hạn chế, khi hình thức truyền thông về HIV không phù hợp sẽ dẫn tới việc hiểu về HIV hạn chế và không thực hiện xét nghiệm HIV sớm thường xuyên khi có hành vi nguy cơ.

Bình thường cho họ đọc họ phải đánh vần từng chữ một do đó sự hiểu biết của người ra cũng chậm và khó khăn (Giám đốc CSYT, nam, 47 tuổi, PVS4)

Sự hiểu biết về sức khỏe, bệnh tật và chăm sóc y tế của người dân chưa cao, việc nhận biết nguy cơ, ảnh hưởng của bệnh tật nên bản thân, gia đình và cộng đồng hạn chế, từ đó không có nhu cầu chăm sóc khám chữa bệnh. Thậm chí có khu vực người dân không biết được hành vi nguy cơ lây nhiễm, lợi ích việc chăm sóc điều trị HIV sớm có thể được nâng cao thể trạng và kéo dài tuổi thọ nên không tiếp cận dịch vụ HIV.

Còn lý do mà khách hàng không đến như là trình độ dân trí cũng thấp (Trưởng khoa xét nghiệm, nam, 52 tuổi, PVS3).

Hạn chế giao tiếp của khách hàng là đồng bào dân tộc thiểu số.

Thói quen sống khép kín, ít giao lưu, sợ đến những nơi nhiều người lạ, đặc biệt là những người có hành vi nguy cơ cao sợ kỳ thị phân biệt của cộng đồng, sợ bị lộ thông tin danh tính làm cho khách hàng là những người dân tộc thiểu số, người có hành vi nguy cơ cao rất ít khi chủ động tiếp cận dịch vụ, không những thế còn rất khó vận động đi xét nghiệm HIV, từ đó dẫn tới tỷ lệ tiếp cận xét nghiệm HIV rất thấp ở các khu vực miền núi, nơi sinh hoạt của nhiều tộc người thiểu số.

Nói thật là bây giờ riêng những thằng này ngại, rất là ngại tiếp xúc chỗ đông, đi thi mình đã đã thông tư tưởng cho họ được bảo mật tuyệt đối thế nhưng mà họ vẫn ngại tiếp xúc với chỗ đông người (Khách hàng xét nghiệm, TLN1).

Một nguyên nhân dẫn tới hạn chế tiếp cận ở khu vực nghiên cứu còn liên quan đến việc khả năng sử dụng tiếng Kinh phổ thông của đồng bào dân tộc thiểu số còn hạn chế, gây bất đồng ngôn ngữ trong giao tiếp, truyền tải các thông điệp truyền thông/tư vấn về HIV. Trong khi các cán bộ y tế tại địa phương không phải là người dân tộc, hoặc không biết tiếng dân tộc.

“Mông” thì ít người họ biết tiếng “Kinh” lắm, tiếp cận cũng khó... (Cán bộ xét nghiệm, nam, 35 tuổi, PVS5).

Nhận thức về HIV, xét nghiệm HIV hạn chế

Thiếu kiến thức về HIV và ảnh hưởng của HIV.

Còn nhiều người thiếu hiểu biết nguy cơ lây nhiễm HIV, phương pháp phát hiện, dự phòng, điều trị và những hậu quả mà HIV mang lại cho gia đình vào cộng đồng, từ đó không đánh giá được tầm quan trọng của xét nghiệm HIV, kết quả xét nghiệm, điều trị ARV dẫn tới không đi xét nghiệm, không quan tâm quay trở lại nhận kết quả, mất dấu không kết nối cơ sở OPC, ảnh hưởng đến chất lượng của hoạt động xét nghiệm, làm nguy cơ lây nhiễm HIV cho người khác, nguy cơ tử vong.

Người dân chưa hiểu được rõ về nguy cơ, ảnh hưởng đến sức khỏe, ảnh hưởng đến cộng đồng như thế nào (Bác sỹ điều trị, nam, 46 tuổi, PVS6).

Hiểu sai về xét nghiệm và điều trị HIV.

Do thiếu hiểu biết nên dẫn tới có những quan điểm và thái độ sai về HIV như: cho rằng những người đi xét nghiệm là đã nhiễm, nên sợ kỳ thị không dám đi xét nghiệm, dẫn tới việc việc phát hiện ở giai đoạn quá muộn.

Họ nghĩ rằng cứ đi làm xét nghiệm là họ bị nhiễm nhưng cái đấy thì chưa khẳng định được (Trưởng khoa xét nghiệm, nam, 31 tuổi, PVS19).

Khách hàng không hiểu biết đầy đủ về ý nghĩa của kết quả xét nghiệm, nên không dám đến nhận kết quả để được tư vấn đầy đủ, từ đó dẫn đến tình trạng mất dấu sau xét nghiệm, tử vong nếu không được phát hiện điều trị kịp thời và gia tăng nguy cơ lây nhiễm ra cộng đồng.

Đôi khi là trong quá trình tư vấn người ta chưa hiểu hết được, khi có kết quả nghi ngờ người ta sợ cũng không dám đến nhận kết quả...(Trưởng khoa xét nghiệm, nam 33 tuổi, PVS14).

Đặc biệt có nhiều trường hợp nhiễm HIV nghĩ rằng không có khả năng cứu chữa, nên không điều trị làm mất dấu trước điều trị, ảnh hưởng sức khỏe, nguy cơ lây nhiễm cộng đồng và gia tăng gánh nặng y tế.

Thôi chẳng nào cũng mắc chẳng nào cũng chết rồi, nên họ không cần uống thuốc làm gì cả (Cán bộ xét nghiệm, nam 33 tuổi, PVS 15).

Thiếu hiểu biết, niềm tin vào dịch vụ y tế

Hiểu biết không đầy đủ về mạng lưới cung cấp dịch vụ y tế của huyện/tỉnh như: địa điểm xét nghiệm, chất lượng dịch vụ, thiếu niềm tin vào hệ thống y tế địa phương từ đó dẫn tới không muốn xét nghiệm tại cơ sở y tế huyện.

Thứ nhất là họ có thể chưa biết được là ở trung tâm làm những xét nghiệm HIV, cái thứ 2 là họ chưa thực sự cảm thấy là hài lòng tin tưởng về khả năng của mình (Cán bộ xét nghiệm, nữ 30 tuổi, PVS9).

Việc trải nghiệm các dịch vụ cung cấp trước đó như: phải chờ đợi lâu, không được cung cấp kết quả kịp thời hoặc thất lạc kết quả làm cho khách hàng mất niềm tin vào chất lượng dịch vụ của y tế cơ sở nên không muốn sử dụng dịch vụ hoặc giới thiệu dịch vụ cho bạn bè/người quen/người thân. Vì vậy việc can thiệp phải tiến hành đồng bộ mô hình giảm thời gian xét nghiệm, cải thiện chất lượng dịch vụ, quản lý hồ sơ sổ sách và theo dõi hỗ trợ bệnh nhân tránh mất dấu.

Tại vì trước kia họ đến là chờ kết quả lâu, chờ đợi không biết đến bao giờ. Biết kết quả phải hàng tháng, nhiều khi hàng tháng rồi vẫn không biết kết quả, bỏ quên, không thấy, không xem, không lấy (Khách hàng xét nghiệm, TLN1).

Tâm lý lo sợ kỳ thị phân biệt đối xử.

Mặc cảm trì hoãn xét nghiệm.

Tình trạng phân biệt kỳ thị vẫn tồn tại ở địa phương, gây ra sự mặc cảm và hạn chế tiếp cận sử dụng xét nghiệm để giấu diếm tình trạng nhiễm, thậm chí cố tình trì hoãn xét nghiệm khi đã đã tư vấn cũng không đến thực hiện xét nghiệm.

Người vẫn cứ e dè với lại người ta vẫn còn mặc cảm với HIV, sau khi được tư vấn được ngày thứ nhất người ta đến nhưng đến ngày thứ 2 gọi người ta lại không đến vì xung quanh đây nhiều người quen, bạn bè sợ bị kì thị (Cán bộ xét nghiệm, nữ 22 tuổi, PVS8).

Sợ lộ thông tin, dấu diếm tình trạng nhiễm.

Nhiều khách hàng vẫn còn tình trạng sợ lộ thông tin trong quá trình xét nghiệm điều trị, nên hạn chế tiếp cận xét nghiệm hoặc đến những nơi khác làm xét nghiệm để dấu diếm thông tin gây khó khăn cho công tác quản lý người nhiễm, kết nối điều trị và tư vấn bạn tình/bạn chích.

Họ không đến xét nghiệm vì có những người thân quen ở đây thì họ đến đây sợ bị lộ diện nên người ta đi nơi khác để người ta xét nghiệm làm cho kín đáo hơn (Trưởng khoa xét nghiệm, nam, 33 tuổi, PVS14).

(*) Kết quả từ nghiên cứu đã phát hiện được những yếu tố đặc trưng của dân cư nổi bật như sống xa thành thị, nhiều dân tộc thiểu số, trình độ dân trí thấp, kinh tế khó

khăn, với mô hình xét nghiệm tập trung (SLab) đã và đang triển khai người dân rất ít có cơ hội tiếp cận dịch vụ.

b. Nhóm các yếu tố liên quan đến môi trường xã hội của địa bàn nghiên cứu

Một số yếu tố rào cản liên quan đến địa bàn, đặc điểm dân cư chung, thực thi các chính sách của chính quyền địa phương không phù hợp được phát hiện qua nghiên cứu như sau:

Đặc thù địa hình hiểm trở, trải rộng, giáp ranh biên giới

Với đặc thù là khu vực miền núi phía Bắc địa bàn trải rộng, giáp ranh biên giới có nhiều sông, suối, núi hiểm trở, hệ thống giao thông chưa phát triển, giao thương đi lại giữa các vùng còn khó khăn làm cho việc tiếp cận dịch vụ y tế khó khăn bao gồm cả xét nghiệm, chăm sóc và điều trị HIV.

Cái khó khăn đặc biệt đầu tiên là địa bàn của huyện Mường Lát địa hình sông suối hiểm trở, đường xá đi lại khó khăn (Trường khoa xét nghiệm, nam 53 tuổi, PVS3).

Đặc điểm dân cư khu vực vùng núi phía Bắc.

Người dân định cư không tập trung thường ở vùng sâu và xa

Dân cư chủ yếu là người dân tộc có những phong tục tập quán đặc trưng văn hóa, canh tác, sinh sống ở những khu vực cao, sâu và xa, thưa thớt, trong khi hệ thống giao thông/liên lạc khó khăn, đòi hỏi việc tiếp cận mất rất nhiều công sức và thời gian, trong khi lực lượng cán bộ mỏng, nguồn kinh phí hạn chế, các chương trình truyền thông vận động không thường xuyên, những khó khăn này cũng làm giảm mức độ tiếp cận, bao phủ xét nghiệm ở các khu vực này.

Khó khăn thứ nhất... từ chỗ xa nhất đến đây là 100km, đường xá đi lại khó khăn, nên là hàng tháng có cử cán bộ có chuyên môn và kết hợp với truyền thông đi xuống cơ sở triển khai các chương trình (Giám đốc CSYT, nam, 43 tuổi, PVS4).

Sinh sống theo cộng đồng và ảnh hưởng lẫn nhau.

Đa phần là người dân tộc sinh sống theo cộng đồng tộc người, ảnh hưởng mang tính cộng đồng cao, hiểu biết về tiếng phổ thông hạn chế, việc tiếp cận các thông tin cũng hạn chế. Việc truyền đạt thông tin trong cộng đồng nếu không phù hợp hoặc người dân hiểu sai sẽ tác động cả cộng đồng tộc người, việc truyền thông giáo dục về HIV, vận động đi xét nghiệm và tiếp cận điều trị rất khó khăn. Như vậy triển khai mô hình can thiệp ở những khu vực này cần kết hợp với sử dụng những người

có uy tín tại cộng đồng “già làng, già bản” để hỗ trợ tuyên truyền giáo dục, vận động người dân đi xét nghiệm phát hiện và đăng ký điều trị HIV.

Còn khó khăn nữa là về ngôn ngữ tất nhiên là cũng cải thiện nhiều rồi, nó gây khó khăn trong công tác tuyên truyền, truyền thông, tiếp cận một số đối tượng (Trưởng khoa xét nghiệm, nam, 52 tuổi, PVS3).

Quan tâm của các cấp chính quyền địa phương chưa cao

Sự quan tâm vào cuộc của các cấp chính quyền địa phương sẽ làm chuyển biến mạnh mẽ, đồng bộ các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS, đặc biệt là các cấp quản lý sát với người dân, đây chính là lực lượng giúp cho người dân hiểu hơn về HIV, là cầu nối giữa người dân và cán bộ y tế. Tuy nhiên nghiên cứu phát hiện một số hạn chế tồn tại cần khắc phục ở các khu vực này như sau:

Còn coi công tác phòng, chống HIV/AIDS là của ngành y tế

Các cán bộ chính quyền địa phương chưa thực sự phối hợp hỗ trợ trong việc tuyên truyền về HIV, vận động xét nghiệm HIV coi là công việc chỉ của y tế, kết quả không bao phủ được diện rộng, chưa tạo được chuyển biến trong nhận thức và hành động của cộng đồng dân cư.

Chính quyền địa phương tại các xã cũng chưa vào cuộc, phối hợp chưa được chặt chẽ chủ yếu là bên y tế tham gia vận động (Trưởng khoa xét nghiệm, nữ 59 tuổi, PVS11).

Triển khai số giải pháp chưa thống nhất, đồng bộ

Hiểu và thực hiện một số giải pháp can thiệp chưa tại địa phương chưa đúng, đồng bộ làm cản trở việc tiếp cận sử dụng dịch vụ xét nghiệm ở các nhóm hành vi nguy cơ cao như: vừa vận động người nghiện đi xét nghiệm điều trị dự phòng thì lại bị bắt đi cai nghiện tập trung, làm cho đối tượng nguy cơ cao sợ lui về hoạt động “ngầm”, kết quả rất khó tuyên truyền và vận động đi xét nghiệm, điều trị dự phòng, điều trị HIV.

Cái ngại là ngại đến phát là ra ngoài nó ra ngoài là nó bắt ngay, chính bọn này rất muốn đi nhiều lúc đến vẫn bị cái đấy (Khách hàng xét nghiệm, TLN1).

(*) Từ kết quả này cho thấy ở các khu vực miền núi, địa bàn trải rộng, nền dân trí thấp, hiểu biết vận dụng chính sách chưa đồng bộ, khó có thể cung cấp dịch vụ đến được với người dân.

c. Các yếu tố liên quan đến hệ thống cung cấp dịch vụ y tế trên địa bàn

Cán bộ y tế địa phương thiếu số lượng, yếu chất lượng

Thiếu nhân lực xét nghiệm

Phần lớn, các cơ sở xét nghiệm trong nghiên cứu chỉ có từ 2-3 cán bộ xét nghiệm, kiêm nghiệm toàn bộ công tác xét nghiệm của khoa như các xét nghiệm các bệnh truyền nhiễm HIV, lao, sốt xuất huyết, sốt rét, viêm gan, chưa kể phải đi lưu động công tác xuống địa bàn xã/phường/thôn/bản. Vì vậy thường xuyên thiếu cán bộ duy trì liên tục dịch vụ tại đơn vị, có khi chỉ thu mẫu mà không làm xét nghiệm sàng lọc được ngay, bệnh nhân phải chờ đợi, gián đoạn dịch vụ, ảnh hưởng đến sự kỳ vọng, niềm tin của khách hàng.

Khó khăn thì nhân sự ít, nếu mà đi lưu động thì cả 2 cô cháu đều đi và không có người ở trên khoa (Cán bộ xét nghiệm, nữ 22 tuổi, PVS8).

Năng lực/trách nhiệm cán bộ y tế hạn chế

Cán bộ còn thiếu kiến thức, làm việc chưa có trách nhiệm nên cung cấp thông tin không đầy đủ, dẫn tới kết quả tư vấn chưa tốt, bệnh nhân không xác định được tầm quan trọng của việc biết kết quả xét nghiệm và kết nối điều trị ARV sớm, nên mất dấu sau xét nghiệm.

Đôi khi là trong quá trình tư vấn người ta chưa hiểu hết được, khi có kết quả nghi ngờ người ta sợ cũng không dám đến nhận kết quả (Trưởng khoa xét nghiệm, nam, 31 tuổi, PVS19).

Kỹ năng khai thác thông tin, tạo niềm tin khách hàng chưa thuần thực làm cho khách hàng không hài lòng, không cung cấp thông tin hành vi nguy cơ, không giới thiệu bạn tình/bạn chích đến xét nghiệm và kết quả không tăng độ bao phủ xét nghiệm tới khách hàng có nguy cơ, khách hàng đến xét nghiệm muộn.

Vận ý nói là chồng nghiện, quan hệ này khác linh tinh ấy ý là nhiều người không biết cái gì đâu nó cứ hỏi vận nhiều lúc là định đi về (Khách hàng xét nghiệm, TLN1).

Một số cán bộ y tế còn thiếu tinh thần đồng cảm, chia sẻ với khách hàng để kết nối khách hàng với dịch vụ y tế, chưa nắm bắt được tâm lý đối tượng, quá vội vàng trong khai thác thông tin, trong khi đối tượng khách hàng sợ kỳ thị có tình dấu diếm hành vi nguy cơ. Kết quả không thực hiện được hoạt động tìm ca, tư vấn bạn tình/bạn chích, tăng độ bao phủ của dịch vụ.

Có những trường hợp rất khó mà mình không thể thuyết phục người ta đến được như trường hợp người ta phủ nhận, người ta giấu, nhiều người có trong danh sách đây mà vẫn cãi rằng người ta không nghiện (Trưởng khoa xét nghiệm, nữ 53 tuổi, PVS17).

Vẫn còn tồn tại kỳ thị, phân biệt đối xử của cán bộ y tế trong quá trình cung cấp dịch vụ, làm cho khách hàng xét nghiệm ngại tiếp cận, mất niềm tin ở cơ sở y tế, từ đó dẫn tới việc không muốn đến cơ sở y tế để xét nghiệm phát hiện và điều trị.

Còn về bệnh nhân thì không phải bàn rồi nhìn đã thấy sợ rồi, còn quá trình vận chuyển nếu mà gặp bệnh nhân mà nghi ngờ dương tính là phải vận chuyển đi một quãng đường rất là xa” (Cán bộ xét nghiệm, nữ, 30 tuổi, PVS9).

Mô hình xét nghiệm HIV (SLab) đang cung cấp chưa phù hợp

Các nhược điểm của mô hình SLab đã được bộc lộ qua kết quả nghiên cứu như sau:

Thời gian chờ đợi nhận kết quả lâu.

Mô hình SLab phải thu gom mẫu nghi ngờ HIV dương tính, gửi lên tuyến tỉnh, tuyến tỉnh lại tập trung mẫu mới thực hiện xét nghiệm khẳng định như vậy tốn rất nhiều thời gian cho việc thu gom mẫu, vận chuyển mẫu, đợi đủ mẫu, xét nghiệm, thông báo kết quả cho đơn vị gửi mẫu, về cơ sở cán bộ lại chưa thông báo cho bệnh nhân ngay...rất nhiều công đoạn trong một quá trình xét nghiệm làm cho chờ đợi nhận kết quả xét nghiệm lâu nên dẫn đến tình trạng gây tâm lý hoang mang, chờ đợi cho bệnh nhân, trong khi đối tượng khách hàng ở khu vực này lại thường ở xa, đi lại khó khăn, hay di chuyển làm cho tình trạng hay bị mất dấu, hoặc lâu mới đến nhận kết quả nên điều trị ARV hay muộn, thậm chí tử vong trước khi biết kết quả xét nghiệm.

Phải chờ 1 thời gian thì có những khách hàng họ rất là sốt ruột (Trưởng khoa xét nghiệm, nam, 31 tuổi, PVS19).

Quản lý dữ liệu thông tin khách hàng chưa khoa học.

Do mất thời gian chờ đợi lâu, nên nhiều khi bản thân cán bộ y tế địa phương cũng không quản lý được phiếu trả kết quả xét nghiệm của đơn vị tuyến tỉnh, kèm theo bảo quản lưu trữ thông tin chưa khoa học nên dẫn đến việc làm thất lạc kết quả của bệnh nhân, làm mất niềm tin của khách hàng vào dịch vụ của đơn vị.

Đến xét nghiệm thôi chứ cuối cùng có tháng 6-7 tháng có thấy kết quả quái đầu, lần đi đâu (Khách hàng xét nghiệm, TLN1).

Thủ tục hành chính chưa phù hợp, không hiệu quả

Mô hình SLab yêu cầu nhiều loại giấy tờ, trong đó có phiếu khai thác thông tin khách hàng, tư vấn viên không giải thích đầy đủ, bệnh nhân trình độ dân trí lại thấp, dấu điểm hành vi dẫn tới việc không hài lòng và không thích sử dụng dịch vụ tại cơ sở.

Bản khai thông tin, nhiều đưa nó bảo chúng cháu chỉ bực mỗi cái đây thôi (Khách hàng XN, TLN1).

Theo quy định tư vấn viên khai thác thông tin khách hàng và điền phiếu tư vấn, giải thích cho khách hàng ký phiếu tự nguyện xét nghiệm HIV, tuy nhiên các quy định lại chưa phù hợp với những bệnh nhân không biết tiếng Kinh, không biết chữ làm cho bệnh nhân e ngại, không hài lòng, không muốn giới thiệu thêm khách hàng là bạn tình/bạn chích đến với dịch vụ.

Ý là đến cái làm ngay cho nó chủ yếu là hỏi những cái chính thôi, nó có biết chữ đâu mà cứ hỏi xong bắt nó ghi không biết, phiền (Khách hàng xét nghiệm, TLN1).

Hệ thống thu gom, vận chuyển mẫu thụ động gây lãng phí nguồn lực.

Do đặc điểm xét nghiệm tập trung tại tỉnh, nên các huyện phải thu gom và vận chuyển mẫu lên tuyến trên để làm kháng định, gây lãng phí nguồn lực và kéo dài thời gian trả kết quả xét nghiệm, ảnh hưởng đến các dịch vụ chăm sóc y tế sau xét nghiệm. Việc vận chuyển mẫu vẫn do cán bộ y tế thực hiện, chưa gắn với hệ thống vận chuyển công cộng, nên tốn công, tốn tiền, tốn thời gian cho cán bộ y tế và bệnh nhân.

Quãng đường từ Trung tâm y tế huyện đến thành phố là 130km, đường rất khó đi, thì mỗi một lần lấy được một mẫu HIV dương tính là phải cho một đồng chí chuyển đi ra ngoài đấy, thì nó mất rất nhiều thời gian cho bệnh nhân trong quá trình chờ đợi kết quả (Cán bộ xét nghiệm, nam, 33 tuổi, PVS15)

Hệ thống cơ sở vật chất lạc hậu xuống cấp.

Cơ sở vật chất nghèo nàn thiếu thốn dùng chung với nhiều dịch vụ khác, trang thiết bị không được hiệu chuẩn/bảo dưỡng định kỳ, ảnh hưởng đến chất lượng/độ chính xác của kết quả xét nghiệm, khó khăn cho nhân viên y tế khi thực hiện, không tạo được thiện cảm, niềm tin của khách hàng.

Cơ sở vật chất đang còn xập xệ, chưa đạt yêu cầu lắm, nếu mà được thì có thêm 1 phòng thì càng tốt, các trang thiết bị nên được hiệu chuẩn kiểm định bảo dưỡng hàng năm... (Cán bộ xét nghiệm, nữ, 30 tuổi, PVS9).

Do việc chưa coi trọng y tế dự phòng, nên các cơ sở y tế thường ở những địa điểm khuất nẻo, khó tìm kèm theo kinh phí hạn hẹp của đơn vị không làm được

bảng biểu chỉ dẫn ghi chú để khách hàng có thể tìm được, đặc biệt là các khách hàng dân tộc, ở xa, ít khi xuống dưới trung tâm huyện, lại ngại tiếp xúc hỏi thăm người lạ...

Bây giờ phải làm được một cái biển hiệu mình đặt ở chỗ Trung tâm y tế huyện, do khó khăn về kinh tế nên cũng chưa làm được cái biển ấy (Cán bộ xét nghiệm, nam 33 tuổi, PVS15).

Cung ứng sinh phẩm vật tư/thiết bị đi kèm chưa đầy đủ/kip thời.

Đơn vị chưa chủ động trong việc cung ứng và mua sinh phẩm xét nghiệm, phụ thuộc vào việc cấp phát từ tỉnh, nên có những giai đoạn cung ứng sinh phẩm vật tư không đầy đủ, không kịp thời làm gián đoạn xét nghiệm, gây khó khăn cho quá trình thực hiện xét nghiệm, thậm chí có khả năng ảnh hưởng đến chất lượng thực hiện xét nghiệm HIV.

Về vật tư trang thiết bị ở trên thì chưa được trang bị đầy đủ, mới cấp được sinh phẩm thôi còn trang bị đi theo sinh phẩm, vật tư tiêu hao đi cùng với sinh phẩm cũng chưa được cấp kịp thời (Trưởng khoa xét nghiệm, nữ 59 tuổi, PVS11).

Công tác quảng bá giới thiệu xét nghiệm HIV chưa phù hợp.

Hình thức, ngôn ngữ, cách thức thực hiện truyền thông, quảng bá về HIV/xét nghiệm HIV chưa thực sự phù hợp với người dân tộc ở vùng hẻo lánh, hạn chế đọc hiểu tiếng Kinh, làm cho thông điệp truyền thông về HIV/xét nghiệm HIV chưa hiệu quả, chưa đẩy mạnh được việc tăng cường tiếp cận bao phủ chương trình.

Mình chỉ tuyên truyền qua loa đài, người ta chỉ nghe thoáng qua xong lại quên mất, không nhớ được lâu (Cán bộ xét nghiệm, nam, 33 tuổi, PVS15).

3.2.3.2. Các yếu tố thúc đẩy nhu cầu, tiếp cận sử dụng xét nghiệm HIV

a. Một số yếu tố thúc đẩy liên quan đến cá nhân

Khách hàng được tuyên truyền đầy đủ về HIV.

Khi khách hàng biết được lợi ích của xét nghiệm HIV, hiệu quả điều trị khi phát hiện sớm, dự phòng lây nhiễm cho người thân, sẽ lo lắng cho bản thân và gia đình, thúc đẩy khách hàng đi xét nghiệm HIV.

Khách hàng tiếp cận được nhiều thông tin, người ta cũng lo đến sức khỏe nên người ta đến (Trưởng khoa xét nghiệm, nam 33 tuổi, PVS14).

Tâm lý lo sợ cho bản thân/gia đình.

Một số người dân thấy có nhiều người xung quanh chết vì HIV sẽ lo lắng quan tâm và sẵn sàng đi xét nghiệm để được chăm sóc điều trị sớm.

Lý do là họ sợ nhiều người bị trước chết, với lại gần đây, trong huyện chỉ có chỗ đây có làm xét nghiệm nên họ lựa chọn đến đây (Cán bộ xét nghiệm, nam 35 tuổi, PVS5).

Trình độ dân trí cao.

Những người có trình độ dân trí cao, được tiếp cận đầy đủ thông tin, hiểu biết đúng và đầy đủ về HIV, xác định được tầm quan trọng của sức khỏe gia đình và bản thân, có thu nhập/điều kiện sống cao sẵn sàng chi phí cho dịch vụ để được biết kết quả, điều trị sớm và dự phòng cho người thân.

Sẵn sàng trả tiền luôn, cái sức khoẻ là quan trọng nhất...(Khách hàng xét nghiệm, TLN1).

b. Một số yếu tố thúc đẩy liên quan đến hệ thống y tế

Cán bộ tư vấn và xét nghiệm HIV có đủ năng lực và trình độ.

Đây là lực lượng quan trọng quyết định chất lượng của cuộc tư vấn trước xét nghiệm để khách hàng đồng ý xét nghiệm, sau xét nghiệm để khách hàng hiểu rõ kết quả, có lòng tin vào dịch vụ, có nhu cầu và sẵn sàng kết nối với dịch vụ điều trị ARV hoặc dự phòng lây nhiễm, làm cho dịch vụ đến với gần đối tượng hơn, tăng độ bao phủ/sử dụng xét nghiệm, giảm mất dấu sau xét nghiệm. Kết quả từ nghiên cứu các đối tượng đề cập đến một số khía cạnh như sau:

Cán bộ y tế có trách nhiệm, tâm huyết.

Nếu cán bộ y tế không có trách nhiệm, không trả được kết quả tới người xét nghiệm sẽ dẫn tới tình trạng bệnh nhân không biết tình trạng huyết thanh học, coi kết quả xét nghiệm không quan trọng và dẫn tới nguy cơ lây nhiễm HIV cho người khác, không có cơ hội được chăm sóc, nguy cơ tử vong. Vì vậy, khi có cán bộ nhiều kinh nghiệm có khả năng khai thác thông tin đầy đủ, tạo lòng tin cho khách hàng, vận động được khách hàng đến nhận kết quả và kết nối sau xét nghiệm, xử lý được các tình huống khó do đặc điểm đối tượng nguy cơ cao hay dấu điểm hành vi, ít quan tâm đến sức khỏe cá nhân/cộng đồng; Đặc thù địa bàn khó khăn, dân trí thấp, người dân sống xa trung tâm cung cấp dịch vụ, nên cán bộ tận tụy và có trách nhiệm với công việc sẽ tìm được các phương pháp thậm chí hy sinh cả thời gian và công sức để đưa được thông điệp kết quả tới người bệnh:

Những bệnh nhân không có điều kiện, hoàn cảnh gia đình khó khăn và những lý do khác thì cán bộ y tế xuống địa bàn gặp trực tiếp thông báo kết quả (Giám đốc CSYT, nam 43 tuổi, PVS4).

Cán bộ y tế có khả năng am hiểu văn hóa, sử dụng ngôn ngữ của khách hàng.

Với đặc thù phần lớn là các khách hàng dân tộc thiểu số, sử dụng ngôn ngữ phổ thông kém, tâm lý ngại giao tiếp với người lạ, nếu cán bộ y tế là người kinh, không am hiểu văn hóa, ngôn ngữ dân tộc/địa phương sẽ dẫn tới tình trạng không truyền tải được thông tin, khách hàng không hiểu các thông tin truyền đạt, ngại cung cấp thông tin, hiểu sai và có nguy cơ không chấp nhận các dịch vụ được cung cấp. Vì vậy khi cán bộ y tế là người dân tộc sẽ hiểu phong tục tập quán, sử dụng tiếng dân tộc sẽ tạo cho cuộc tư vấn cung cấp dịch vụ trong môi trường thuận lợi/thân thiện, người bệnh cảm giác như đang ở trong cộng đồng của họ, tin tưởng, chia sẻ thông tin, có niềm tin, dẫn tới chấp nhận và thực hiện dịch vụ.

Họ đọc họ phải đánh vần từng chữ một do đó sự hiểu biết của người ra cũng chậm và khó khăn, một khi mình cho họ thoải mái sử dụng thứ tiếng của họ nói ra những vướng mắc của họ thì người dân họ sẽ hiểu (Giám đốc CSYT, nam 43 tuổi, PVS4).

Có sự liên kết/hỗ trợ của đội ngũ cộng tác viên.

Với đặc thù đối tượng khách hàng phục vụ là những người có hành vi nguy cơ, sợ phân biệt kỳ thị nên thường xuyên dấu diếm, ít bộc lộ. Trong khi đó, số lượng cán bộ y tế mỏng không đủ thời gian, công sức để xuống địa bàn tiếp xúc, vận động khách hàng đến xét nghiệm. Do đó đối với dịch HIV, ở các khu vực vùng núi/sâu, dân trí thấp cần có đội ngũ cộng tác viên là những cán bộ y tế thôn bản, lực lượng trưởng thôn, hội phụ nữ, những người được cộng đồng tin tưởng, những người đã nhiễm HIV hoặc NCMT, hoặc mại dâm, MSM hiểu biết và có trách nhiệm với cộng đồng. Những người này tuyên truyền cung cấp kiến thức, giới thiệu, hỗ trợ xét nghiệm làm cho khách hàng dễ dàng nghe theo, thay đổi hành vi và suy nghĩ dẫn tới việc chủ động xét nghiệm.

Cái lý do để họ xét nghiệm HIV thứ nhất là được tuyên truyền và tiếp cận của cộng tác viên, tức là tiếp cận cộng đồng ấy (Cán bộ xét nghiệm, nam 33 tuổi, PVS15).

Cơ sở vật chất kỹ thuật, quy mô, chính sách cung cấp dịch vụ phù hợp.

Đặc thù của xét nghiệm HIV, không phải là xét nghiệm một lần, xét nghiệm lặp lại, định kỳ nếu đối tượng có nguy cơ tái diễn. Do đó nếu như cơ sở vật chất kỹ thuật, chính sách quy mô không phù hợp sẽ dẫn đến tình trạng khách hàng chỉ đến một lần, không muốn sử dụng lại, không giới thiệu khách hàng khác nên hạn chế

giảm bao phủ, mất dấu sau xét nghiệm. Kết quả nghiên cứu, một số khía cạnh của mô hình phù hợp sẽ thúc đẩy hiệu quả tại khu vực này như sau:

Cơ sở xét nghiệm có trang thiết bị đầy đủ, thời gian xét nghiệm nhanh.

Việc có đầy đủ trang thiết bị sẽ không làm gián đoạn cung cấp dịch vụ, an toàn cho bệnh nhân và cán bộ, kết quả xét nghiệm chính xác và kịp thời, không bị trì hoãn, khách hàng không phải đi lại nhiều lần, không phải đi lên tuyến trên, không phải nhận kết quả không rõ ràng. Mô hình sẽ tạo được niềm tin của khách hàng, tăng sự hài lòng yên tâm khi sử dụng dịch vụ, sẵn sàng tái sử dụng hoặc giới thiệu người quen đến xét nghiệm. Kết quả sẽ tăng được sự tiếp cận, độ bao phủ, giảm đến muộn/mất dấu sau xét nghiệm.

Thật ra mà nói xét nghiệm ở trung tâm này là an toàn nhất với lý do máy móc đầy đủ luôn, bị phát 15 phút là biết rồi, có hay không biết ngay, bây giờ đây là đầu tư đầy đủ rồi thì coi như đây là xét nghiệm an toàn nhất (Khách hàng xét nghiệm, TLN1).

Cung cấp xét nghiệm miễn phí.

Phần lớn khách hàng ở khu vực là người nghèo, nhất là các đối tượng nguy cơ cao không có nghề nghiệp ổn định, không có thu nhập. Vì vậy việc cung cấp xét nghiệm miễn phí sẽ tạo được cơ hội cho người dân được tiếp cận với dịch vụ, muốn tiếp cận và dễ dàng đi thực hiện định kỳ vì không phải lo chi phí tăng thêm.

Bây giờ bởi vì sao là một anh em hay đi xét nghiệm có thằng chưa đến 6 tháng đã đi lại, nó lên khám không mất cái gì lên đó xét nghiệm còn biết đề trị bệnh (Khách hàng, TLN1).

Tuy nhiên khi bối cảnh nguồn kinh phí cắt giảm, việc cung cấp xét nghiệm miễn phí cũng không thể thực hiện dài lâu, việc cân nhắc tính toán mô hình dịch vụ giá rẻ, chất lượng, cơ chế lòng ghép bảo hiểm y tế, thực hiện bảo hiểm y tế toàn dân cũng cần thực hiện đồng bộ.

Cơ sở y tế cung cấp đa dạng, toàn diện các dịch vụ liên quan.

Khi cơ sở y tế cung cấp xét nghiệm và điều trị ARV tại một chỗ, sẽ giảm thời gian chờ đợi cho bệnh nhân, bệnh nhân không phải di chuyển, cán bộ y tế/nhân viên cộng đồng có thể hỗ trợ dẫn dắt bệnh nhân làm thủ tục điều trị ARV, giúp tăng chuyển gửi thành công điều trị, bệnh nhân được điều trị nhanh giảm nguy cơ mất dấu do việc bệnh nhân quay về hoặc phải di chuyển sang cơ sở khác, đặc biệt với những bệnh nhân có yếu tố hành vi nguy cơ cao, thiếu số, sợ kỳ thị phân biệt đối xử, ngại tiếp xúc nhiều người, dân trí thấp.

Phần đa họ đến đây là để xét nghiệm để biết tình trạng nhiễm HIV của họ để họ điều trị, bởi vì ở trung tâm này có phòng khám ngoại trú, điều trị ngay trong khuôn viên bệnh viện được luôn (Trưởng khoa xét nghiệm, nữ 50 tuổi, PVS1).

Quảng bá dịch vụ xét nghiệm của cơ sở hiệu quả.

Thông tin truyền thông đầy đủ về HIV/xét nghiệm HIV đến người dân qua các kênh phù hợp như: tiếp cận viên đồng đẳng, bạn bè của khách hàng sẽ gia tăng việc tiếp cận sử dụng dịch vụ.

Có người thì đến qua giới thiệu bạn bè để mình biết được là có xét nghiệm HIV, hiện tại đang có chương trình khảo thí nên họ đến (Cán bộ xét nghiệm, nữ 22 tuổi, PVS8).

(*) Như vậy: Mô hình xét nghiệm đang áp dụng ở địa bàn nghiên cứu đã phát sinh các vấn đề bất cập, chưa phù hợp với đặc điểm địa lý, dân cư, thực trạng y tế và mong muốn của dân cư trên địa bàn. Cần phải nghiên cứu ứng dụng mô hình phù hợp phát huy các khía cạnh hỗ trợ được phát hiện trong nghiên cứu để tăng mức độ hài lòng, ưa thích của khách hàng dẫn tới cải thiện mức độ xét nghiệm HIV trên địa bàn.

3.3. Hiệu quả, tính khả thi của mô hình can thiệp

3.3.1. Kết quả, hiệu quả mô hình xét nghiệm POCT khẳng định HIV

3.3.1.1. Cải thiện việc tiếp cận khách hàng xét nghiệm HIV

Bảng 3. 23. So sánh mức độ tiếp cận khách hàng xét nghiệm theo địa bàn

Địa bàn	Mô hình				Chênh lệch (%)	CSHQ	p
	Trước (Slab)		Sau POCT				
	n	%	n	%			
Điện Biên	958	11,6	1249	24,8	13,2	1,14	p<0,001
Mộc Châu	1047	12,6	304	6	-6,6		
Mường Lát	2442	29,5	645	12,8	-16,7		
Quan Hóa	2266	27,4	1006	20	-7,4		
Tuần Giáo	1571	19,0	1825	36,3	17,3	0,91	
Tổng	8284	100	5029	100			

Có 5029 khách hàng được can thiệp bằng mô hình POCT. Nhìn chung, khách hàng ở huyện Tuần Giáo sử dụng mô hình POCT cao nhất (36,3%) và ở huyện Mộc Châu là thấp nhất (6,0%). Có sự gia tăng về tiếp cận số lượng khách hàng ở huyện Điện Biên và Tuần Giáo, tuy nhiên ở các huyện Mộc Châu và Quan Hóa, Mường

Lát số lượng tiếp cận khách hàng xét nghiệm theo POCT có vẻ ít hơn so với SLab, vì do 3 huyện này có thời gian triển khai POCT ngắn hơn với thời gian 8-9 tháng trong khi đó 2 huyện kia triển khai 13-14 tháng. Sự khác biệt trước sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3. 24. So sánh mức độ tiếp cận khách hàng xét nghiệm theo giới

Giới tính	Kết quả				Chênh lệch (%)	CSHQ	p
	Trước		Sau (POCT)				
	n	%	n	%			
Nam	3729	45	3161	62,9	17,9	0,4	p<0,001
Nữ	4555	55	1868	37,1	-17,9		
Tổng	8284	100	5029	100			

Kết quả chỉ ra rằng mô hình POCT tiếp cận nhiều hơn nhóm nam giới, sau can thiệp tỷ lệ khách hàng xét nghiệm là nam giới tăng từ 45% lên 62,9%, chỉ số hiệu quả 0,4. Sự khác biệt trước sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3. 25. So sánh mức độ tiếp cận khách hàng xét nghiệm theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Kết quả				Chênh lệch (%)	CSHQ	p
	Trước		Sau (POCT)				
	n	%	n	%			
0-2	9	0,1	10	0,2	0,1	1,0	p<0,001
2-15	120	1,5	192	3,8	2,3	1,5	
16-29	3497	42,2	1747	34,7	-7,5		
30-39	3514	42,4	1712	34,0	-8,4		
40-49	913	11	966	19,2	8,2	0,7	
≥50	231	2,8	402	8,0	5,2	1,9	
Tổng	8284	100	5029	100			

Kết quả chỉ ra rằng, sau can thiệp mô hình POCT tiếp cận được nhiều hơn người trong nhóm tuổi trẻ em và nhóm tuổi già: Nhóm tuổi 2-15 tuổi tăng từ 1,5% lên 3,8%, CSHQ 1,5; Nhóm 40-49 tuổi tăng từ 11% lên 19,2%, CSHQ 0,7; Nhóm >50 tuổi tăng từ 2,8% lên 8%, CSHQ 1,9. Đây là các nhóm tuổi là “tầng băng chìm” do ngại và ít tiếp cận với dịch vụ y tế. Sự khác biệt trước sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3. 26. So sánh mức độ tiếp cận khách hàng xét nghiệm theo nguy cơ

Yếu tố/hành vi nguy cơ	Kết quả				Chênh lệch (%)	CSHQ	p
	Trước		Sau (POCT)				
	n	%	n	%			
Không có nguy cơ	3438	41,5	1616	32,1	-9,4		p<0,001
Có 1 yếu tố/hành vi	4619	55,8	3411	67,8	12	0,22	
Có 2 yếu tố/hành vi	227	2,7	2	0,04	-2,66		
Tổng	8284	100	5029	100			

Kết quả thực hiện mô hình POCT: Tỷ lệ những người có 1 hành vi nguy cơ sử dụng chiếm tới 67,8%, những người không có hành vi nguy cơ chiếm 32,1% và những người có 2 hành vi nguy cơ chỉ chiếm 0,04%. Kết quả can thiệp cho thấy mô hình POCT tăng khả năng tiếp cận được nhiều hơn nhóm có yếu tố/hành vi nguy cơ cao và khai thác được hành vi nguy cơ triệt để hơn lên 12%, CSHQ 0,22. Sự khác biệt trước sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$.

Bảng 3. 27. So sánh mức độ tiếp cận khách hàng theo nguy cơ chi tiết

Yếu tố/hành vi nguy cơ (n=13313)	Kết quả				Chênh lệch (%)	CSHQ	p
	Trước		Sau (POCT)				
	n	%	n	%			
NCMT	2352	28,4	2163	43,0	14,6	0,5	p<0.001
QHTDKAT	758	9,2	592	11,8	2,6	0,3	p<0.001
Vợ/chồng bạn tình nhiễm HIV	474	5,7	327	6,5	0,8	0,1	0.066
Vợ/chồng bạn tình nguy cơ cao	903	10,9	186	3,7	-7,2		p<0.001
Bố mẹ HIV	13	0,2	96	1,9	1,7	8,5	p<0.001
Phơi nhiễm HIV	527	6,4	47	0,9	-5,5		p<0.001
Khác	46	0,6	4	0,1	-0,5		p<0.001

Kết quả chỉ ra rằng sau can thiệp POCT tiếp cận được nhiều hơn khách hàng thuộc nhóm có hành vi nguy cơ cao và một số nhóm có yếu tố nguy cơ, cụ thể: tỷ lệ khách hàng thuộc nhóm NCMT tăng từ 28,4% lên 43%, CSHQ 0,5; nhóm QHTDKAT tăng từ 9,2% lên 11,8%, CSHQ 0,3; nhóm vợ/chồng bạn tình nhiễm HIV từ 5,7% lên 6,5%, CSHQ 0,1; nhóm có bố mẹ nhiễm HIV từ 0,2% lên 1,9%, CSHQ 8,5. Sự khác biệt trước sau can thiệp có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. 28. So sánh nguồn tiếp cận khách hàng xét nghiệm HIV

Nguồn KHXN HIV	Kết quả				Chênh lệch (%)	CSHQ	p
	Trước		Sau (POCT)				
	n	%	n	%			
Tự đến	7895	95,3	4894	97,32	2,02	0,02	p<0,001
Y tế thôn bản	4	0,05	5	0,1	0,05	1,00	
TCCĐ	385	4,65	129	2,57	-2,08		
CSYT khác	0	0	1	0,02	0,02		
Tổng	8284	100	5029	100			

Kết quả chỉ ra rằng, trong mô hình POCT, nhóm khách hàng tự đến chiếm tỷ lệ gần như đa số với 97,32%, còn lại rất ít do kênh tiếp cận cộng đồng giới thiệu. Sau can thiệp cũng cho thấy mô hình POCT tiếp cận được nhiều khách hàng tự đến mặc dù thời gian triển khai ngắn hơn SLab, tỷ lệ tăng lên 2,02%, CSHQ 0,02, cho thấy việc đáp ứng được nhu cầu và mong muốn của địa phương. Sự khác biệt trước sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$.

3.3.1.2. Cải thiện việc xét nghiệm, phát hiện người nhiễm HIV

a. Phát hiện nhiều người nhiễm HIV hơn

Bảng 3. 29. So sánh kết quả phát hiện HIV ở nhóm khách hàng chung

Kết quả thực hiện XN	Kết quả				Chênh lệch (%)	CSHQ	p	OR	95%CI
	Trước		Sau (POCT)						
	n	%	n	%					
Sàng lọc									
Âm tính	8066	97,4	4824	95,9	-1,5		<0,001	1,57	1,29-1,91
Dương tính	218	2,6	205	4,1	1,5	0,58			
Khẳng định									
Âm tính	8080	97,54	4825	95,9	-1,64		1		
Dương tính	201	2,43	200	4,0	1,57	0,65	<0,001	1,66	1,35-2,04
Không xác định	3	0,04	4	0,1	0,06	1,50	0,073		
Số sánh giữa sàng lọc và khẳng định									
Không đồng nhất	14	0,2	1	0,02	-0,18		0,013	8,51	1,29-359,91
Đồng nhất	8270	99,8	5028	99,98	0,18	0,002			
Tổng	8284	100	5029	100					

Kết quả chỉ ra rằng: Trong mô hình POCT có tỷ lệ khách hàng dương tính, không xác định và âm tính lần lượt là 4%; 0,1% và 95,9%. Sau can thiệp mô hình

POCT xét nghiệm phát hiện được nhiều hơn khách hàng dương tính với tỷ lệ là 4,0%, khả năng tiếp cận và phát hiện cao gấp 1,66 lần so với trước can thiệp, CSHQ 0,65. Sự khác biệt trước sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Xét đến yếu tố kết quả đồng nhất kết quả giữa sàng lọc và khẳng định HIV: Trong mô hình POCT, chỉ có 0,02% số khách hàng (1 người) có kết quả không đồng nhất. Trước can thiệp trong mô hình SLab thì tỷ lệ này là 0,2% (14 người). Mức độ đồng nhất ở mô hình POCT cao gấp 8,51 lần so với mô hình SLab, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,013$.

Bảng 3. 30. So sánh kết quả phát hiện HIV ở nhóm có nguy cơ

Kết luận	Kết quả				Chênh lệch (%)	CSHQ	p
	Trước		Sau (POCT)				
	n	%	n	%			
Âm tính	4656	96,1	3237	94,8	-1,3		0,017*
Dương tính	188	3,9	174	5,1	1,2	0,31	
KXĐ	2	0,04	2	0,1	0,06	1,50	
Tổng	4846	100	3413	100			

(*Kiểm định với Fisher's exact)

Trong nhóm khách hàng có nguy cơ, mô hình POCT phát hiện được 5,1% dương tính với HIV, tăng 1,2% so với trước can thiệp, CSHQ 0,31. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,017$.

Bảng 3. 31. So sánh kết quả phát hiện HIV ở nhóm không có nguy cơ

Kết luận	Kết quả				Chênh lệch (%)	CSHQ	p
	Trước		Sau (POCT)				
	n	%	n	%			
Âm tính	3424	99,6	1588	98,3	-1,30	0,0	<0,001*
Dương tính	13	0,4	26	1,6	1,20	3,0	
KXĐ	1	0,03	2	0,1	0,07	2,3	
Tổng	3438	100	1616	100			

(*Kiểm định với Fisher's exact)

Trong nhóm khách hàng không có nguy cơ, mô hình POCT phát hiện 1,6% dương tính với HIV, tăng so với trước can thiệp 1,2%, CSHQ 3,0. Kiểm định với Fisher's exact xác định rằng sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

b. Phát hiện nhiều người nhiễm HIV ở giai đoạn sớm hơn

Bảng 3. 32. So sánh kết quả phát hiện giai đoạn nhiễm HIV

Giai đoạn phát hiện	Kết quả				Chênh lệch (%)	CSHQ	p
	Trước		Sau (POCT)				
	n	%	n	%			
Sớm	34	16,9	69	34,5	17,6	1,0	<0,001
Muộn (LP)	81	40,3	57	28,5	-11,8	0,3	
Rất muộn (LPAD)	20	10	15	7,5	-2,5	0,3	
Không rõ	66	32,8	59	29,5	-3,3	0,1	
Tổng	201	100	200	100			

(*Kiểm định với Fisher's exact)

Với 401 khách hàng có kết quả khẳng định dương tính với HIV, có đến 31,2% khách hàng không được làm xét nghiệm CD4 hoặc thăm khám lâm sàng ngay tại giai đoạn phát hiện, nên không thể xác định được tình trạng giai đoạn phát hiện. Tuy nhiên tỷ lệ không xác định được ở mô hình POCT thấp hơn so với mô hình SLab (29,5% so với 32,8%).

Mô hình POCT có tỷ lệ khách hàng phát hiện ở giai đoạn sớm là cao nhất chiếm 34,5% và ở giai đoạn rất muộn chỉ có 7,5%. Sau can thiệp POCT tăng tỷ lệ phát hiện sớm lên được 17,6%, CSHQ 1,0. Giảm được tỷ lệ phát hiện muộn hoặc rất muộn xuống được lần lượt 11,8% và 2,5%, CSHQ 0,3. Sự khác biệt trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3. 33. So sánh chỉ số CD4 trung bình của khách hàng dương tính

Chỉ số CD4	Kết quả			p
	Trước	Sau (POCT)	Chung	
Chỉ số CD4 (TB(SD))	282,6(238,5)	353,7(268)	317(255,1)	0,042*

*Kiểm định phi tham số Kolmogorov-test

Có đến gần 50% bệnh nhân HIV không được làm xét nghiệm CD4 tại thời điểm phát hiện trong đó 39,3% là mất dấu hoặc tử vong trước khi tiếp cận xét nghiệm CD4 còn lại là các bệnh nhân không được làm xét nghiệm CD4 trong đó chủ yếu là ở Huyện Mộc Châu, Quan Hóa và Điện Biên.

Chỉ số CD4 trung bình của mẫu nghiên cứu là 317(255,1) tế bào/mm³, khi can thiệp mô hình POCT chỉ số CD4 trung bình của khách hàng dương tính tại thời

điểm phát hiện là 353,7(268) tế bào/mm³ cao hơn đáng kể so với khách hàng trước can thiệp có chỉ số CD4 là 282,6 (238,5) tế bào/mm³, điều này gợi ý rằng có thể khi có mô hình POCT khách hàng đến với xét nghiệm sớm hơn. Sự khác biệt này mang ý nghĩa thống kê với p=0,042.

Bảng 3. 34. So sánh chỉ số CD4 trung bình của khách hàng dương tính

Nhóm chỉ số CD4	Kết quả				Chênh lệch (%)	CSHQ	p
	Trước		Sau (POCT)				
	n	%	n	%			
Không rõ	93	46,3	98	49	2,7	0,1	0,252
CD4 _≤ 200	48	23,9	33	16,5	-7,4	0,3	
200<CD4<350	22	11	21	10,5	-0,5	0,0	
CD4 _≥ 350	38	18,9	48	24	5,1	0,3	
Tổng	201	100	200	100			

Khi phân loại chỉ số CD4 ra làm 4 nhóm bao gồm: không rõ, CD4<200, 200<CD4<350, CD4>350 tế bào/mm³, sau can thiệp POCT tỷ lệ bệnh nhân có CD4>350 tế bào/mm³ cao hơn so với trước 5,1%, CSHQ 0,3. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,252.

Bảng 3. 35. So sánh giai đoạn lâm sàng lúc phát hiện HIV

Giai đoạn lâm sàng	Kết quả				Chênh lệch (%)	CSHQ	p
	Trước		Sau (POCT)				
	n	%	n	%			
Không rõ	55	27,4	55	27,5	0,1	0,0	<0,001
I	59	29,4	92	46	16,6	0,6	
II	26	12,9	22	11	-1,9	0,1	
III	54	26,9	23	11,5	-15,4	0,6	
IV hoặc AIDS	7	3,5	8	4	0,5	0,1	
Tổng	201	100	200	100			

Trong 401 khách hàng phát hiện dương tính với HIV, có 110 khách hàng không ghi nhận thông tin giai đoạn lâm sàng chủ yếu do mất dấu và tử vong chiếm 70% còn lại là thiếu thông tin ghi chép quá trình đánh giá giai đoạn lâm sàng. Vẫn có đến 20% khách hàng phát hiện ở giai đoạn muộn với các triệu chứng lâm sàng giai đoạn III, IV hoặc chuyển giai đoạn AIDS. Sau can thiệp POCT tiếp cận được nhiều khách hàng ở giai đoạn lâm sàng I hơn so với trước can thiệp, tăng 16,6%, CSHQ

0,6; giảm được tỷ lệ tiếp cận khách hàng ở giai đoạn lâm sàng III từ 26,9% xuống còn 11,5%, CSHQ 0,6; Sự khác biệt trước sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.3.1.3. Cải thiện việc nhận kết quả xét nghiệm HIV

a. Khách hàng dương tính HIV có khả năng nhận được kết quả nhiều hơn

Bảng 3. 36. So sánh tỷ lệ nhận KQXN của khách hàng dương tính

Nhận KQXN HIV	Kết quả				Chênh lệch (%)	CSHQ	P
	Trước		Sau (POCT)				
	n	%	n	%			
Không	23	11,44	10	5	-6,44	0,6	0,0189
Có	178	88,56	190	95	6,44	0,1	
Tổng	201	100	200	100			

Sau can thiệp POCT có tới 95% khách hàng dương tính quay trở lại nhận kết quả, tăng 6,44% so với trước can thiệp, CSHQ 0,1. Sự khác biệt trước và sau can thiệp mang ý nghĩa thống kê với $p = 0,0189$.

b. Thời gian trả kết quả nhanh hơn

Bảng 3. 37. So sánh số ngày trung bình từ khi lấy mẫu đến khi nhận kết quả

Thông số	KH Dương tính		KH Âm tính		KH Chung	
	Trước	Sau (POCT)	Trước	Sau (POCT)	Trước	Sau (POCT)
Trung bình	29,9	1,45	0,04	0,0005	0,8	0,06
Độ lệch chuẩn	49	4,50	1,14	0,03	8,9	0,9
Trung vị	19,83	0	0	0	0	0
Min/GTNN	0	0	0	0	0	0
Max/GTLN	476	36	57	2	476	36
IQR	17	1	0	0	0	0
p*	p < 0,001		0,008		p < 0,001	

*Kiểm định phi tham số Kolmogorov-test

Kết quả phân tích cho thấy: Phần lớn khách hàng sau can thiệp mô hình POCT đều nhận được kết quả ngay trong ngày.

Đối với khách hàng dương tính với HIV, thời gian nhận kết quả trung bình là $1,45 \pm 4,5$ ngày, giảm được xấp xỉ gần một tháng so với trước can thiệp ($29,9 \pm 49$ ngày). Kết quả khác biệt trước sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Đối với khách hàng âm tính với HIV, thời gian nhận kết quả trung bình là $0,0005 \pm 0,03$ ngày (trong ngày), giảm so với trước can thiệp ($0,04 \pm 1,14$ ngày, thường là trong ngày hoặc ngày hôm sau). Kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Đối với tổng chung khách hàng, sau can thiệp mô hình POCT khách hàng nhận kết quả sớm hơn so với trước can thiệp - mô hình SLab ($0,06 \pm 0,9$ so với $0,8 \pm 8,9$), kết quả có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Kết quả nghiên cứu cho thấy khoảng tứ phân vị (IQR) thời gian nhận kết quả xét nghiệm của khách hàng có kết luận HIV dương tính ở mô hình POCT được xác định là 1 ngày, và ở mô hình SLab là 17 ngày. Do vậy, nghiên cứu lấy điểm cắt là 1 ngày để đánh giá thời gian khách hàng phải chờ nhận kết quả. Nếu thời gian chờ xét nghiệm của khách hàng dài hơn 1 ngày thì đánh giá là trả kết quả chậm; ngược lại, nếu thời gian chờ là ≤ 1 ngày (kể cả 1 ngày) thì đánh giá là trả kết quả nhanh.

Bảng 3. 38. So sánh hiệu quả thời gian trong trả kết quả xét nghiệm chung

Thời gian trả kết quả	Kết quả				Chênh lệch (%)	CSHQ	p
	Trước		Sau (POCT)				
	n	%	n	%			
Chậm	220	2,7	43	0,9	-1,8	0,67	< 0,001
Nhanh	8061	97,3	4980	99,1	1,8	0,02	
Tổng	8281	100	5023	100			

Bảng trên là kết quả phân tích 13304 khách hàng, vì có 9 khách hàng bị missing thông tin về thời gian nhận kết quả xét nghiệm (3 KH trước và 6 KH sau can thiệp).

Khi so sánh trước sau, tỷ lệ khách hàng được trả kết quả nhanh sau can thiệp mô hình POCT đạt 99,1% tăng 1,8% so với trước can thiệp, CSHQ 0,02. Sự khác biệt trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3. 39. So sánh hiệu quả thời gian trong trả kết quả HIV dương tính.

Thời gian trả kết quả	Kết quả				Chênh lệch (%)	CSHQ	p
	Trước		Sau (POCT)				
	n	%	n	%			
Chậm	176	98,9	41	21,6	-77,3	0,8	< 0,001
Nhanh	2	1,1	149	78,4	77,3	70,3	
Tổng	178	100	190	100			

Khi so sánh trước sau cho thấy sau can thiệp mô hình POCT có nhiều khách hàng được nhận kết quả nhanh hơn với tỷ lệ khách hàng nhận kết quả nhanh chiếm

tới 78,4% tăng 77,3% so với trước can thiệp, CSHQ 70,3. Sự khác biệt trước sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.3.1.4 Cải thiện việc kết nối tới điều trị ARV

a. Kết nối thành công điều trị ARV

Bảng 3. 40. So sánh hiệu quả kết nối điều trị ARV của khách hàng dương tính

Kết nối điều trị ARV	Kết quả				Chênh lệch (%)	CSHQ	p
	Trước		Sau (POCT)				
	n	%	n	%			
Không thành công	49	24,38	49	24,50	0,12	0,00	>0,05
Thành công	152	75,62	151	75,50	-0,12	0,00	
Tổng	201	100	200	100			

Kết quả nghiên cứu cho sau can thiệp POCT, tỷ lệ khách hàng kết nối thành công ARV là 75,5%, vẫn còn 24,5% khách hàng kết nối không thành công. Tuy nhiên khi so sánh trước sau can thiệp, hai tỷ lệ này không có sự chênh lệch quá nhiều và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

b. Tiếp cận điều trị ARV nhanh hơn

Bảng 3. 41. So sánh số ngày trung bình chờ điều trị ARV sau nhận KQXN

Thông số	Số ngày	
	Trước	Sau (POCT)
Trung bình	28,8	9,3
Độ lệch chuẩn	51,6	23,3
Trung vị (p50)	8,5	4
Min (GTNN)	0	0
Max (GTLN)	270	224
Khoảng tứ phân vị (IQR)	20,5	6,3
	$p^* < 0,001$	

*Kiểm định phi tham số Kolmogorov-test có ý nghĩa thống kê.

Kết quả cho thấy sau can thiệp mô hình POCT khách hàng được tiếp cận điều trị nhanh hơn ở mô hình SLab: Trước can thiệp, số ngày chờ trung bình là 28,8+51,6 ngày, có những khách hàng được điều trị trong ngày, tuy nhiên có những khách

hàng có số ngày chờ đợi lên tới 270 ngày; Sau can thiệp POCT cho số ngày chờ đợi trung bình rút ngắn khoảng gần 20 ngày xuống còn 9,3+23,3 ngày, số ngày khách hàng phải chờ đợi lâu nhất được rút ngắn hơn so với trước can thiệp. Kết quả phân tích so sánh trước sau can thiệp của nghiên cứu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Kết quả nghiên cứu cho thấy: Khoảng tứ phân vị (IQR) thời gian chờ điều trị của khách hàng có HIV dương tính sau can thiệp POCT được xác định là 6,3 ngày, trước can thiệp là 20,5 ngày. Do vậy, chúng tôi lấy điểm cắt là 6 ngày để đánh giá thời gian khách hàng phải chờ điều trị ARV. Nếu thời gian chờ hơn 6 ngày (> 6 ngày) thì đánh giá là kết nối điều trị chậm, ngược lại, nếu thời gian chờ là ≤ 6 ngày (kể cả 6 ngày) thì đánh giá là kết nối điều trị nhanh.

Bảng 3. 42. So sánh hiệu quả trong thời gian kết nối điều trị ARV

Thời gian kết nối điều trị	Kết quả				Chênh lệch (%)	CSHQ	p
	Trước		Sau (POCT)				
	n	%	n	%			
Chậm	71	46,7	28	18,5	-28,2	0,60	<0,001
Nhanh	81	53,3	123	81,5	28,2	0,53	
Tổng	152	100	151	100			

Kết quả cũng cho thấy sau can thiệp POCT, tỷ lệ khách hàng kết nối nhanh cao gấp gần bốn lần so với tỷ lệ khách hàng kết nối chậm, tương ứng 81,5% và 18,5%. Tỷ lệ kết nối nhanh tăng 28,2%, CSHQ 0,53 so với trước can thiệp. Sự khác biệt trước sau can thiệp về thời gian chờ kết nối điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.3.1.5. Cải thiện việc chuyển gửi dự phòng, chăm sóc và điều trị

Khách hàng được chuyển gửi đúng bao gồm: (1) Khách hàng có kết quả xét nghiệm âm tính nhưng có hành vi nguy cơ được chuyển gửi tới các dịch vụ dự phòng giảm thiểu tác hại phù hợp với hành vi; (2) Khách hàng có kết quả xét nghiệm dương tính có hành vi nguy cơ được chuyển gửi tới dịch vụ điều trị ARV và các dịch vụ dự phòng giảm hành vi nguy cơ nếu có hành vi nguy cơ cao; Ngược lại, những khách hàng không được chuyển gửi đầy các dịch vụ có liên quan được coi là chuyển gửi sai.

Bảng 3. 43. So sánh kết quả chuyển gửi của khách hàng xét nghiệm chung

Chuyển gửi	Kết quả				Chênh lệch (%)	CSHQ	p
	Trước		Sau (POCT)				
	n	%	n	%			
Sai	6449	77,9	3793	75,4	-2,5	0,03	<0,05
Đúng	1835	22,2	1236	24,6	2,4	0,11	
Tổng	8284	100	5029	100			

Kết quả nghiên cứu cho thấy sau can thiệp POCT có 24,6% khách hàng có kết quả chuyển gửi đúng, 75,4% là những trường hợp chuyển gửi sai. So sánh với trước can thiệp, tỷ lệ chuyển gửi đúng tăng hơn 2,4%, CSHQ 0,11. Sự khác biệt trước sau trong can thiệp được khẳng định có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Bảng 3. 44. So sánh kết quả chuyển gửi của khách hàng xét nghiệm âm tính

Chuyển gửi	Kết quả				Chênh lệch (%)	CSHQ	p
	Trước		Sau (POCT)				
	n	%	n	%			
Sai	6392	79,1	3738	77,5	-1,6	0,02	$p < 0,05$
Đúng	1688	20,9	1087	22,5	1,6	0,08	
Tổng	8080	100	4825	100			

Kết quả chỉ ra rằng, sau can thiệp POCT khách hàng âm tính được chuyển gửi đúng chiếm 22,5% còn lại 77,5% là chuyển gửi sai. Tuy nhiên khi so sánh trước sau thì sau can thiệp POCT có tỷ lệ chuyển gửi đúng tăng 1,6%, CSHQ 0,08. Sự khác biệt trước sau can thiệp được khẳng định có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Bảng 3. 45. So sánh kết quả chuyển gửi của khách hàng xét nghiệm dương tính

Chuyển gửi	Kết quả				Chênh lệch (%)	CSHQ	p
	Trước		Sau (POCT)				
	n	%	n	%			
Sai	54	26,9	51	25,5	-1,4	0,05	$p > 0,05$
Đúng	147	73,1	149	74,5	1,4	0,02	
Tổng	201	100	200	100			

Kết quả cho thấy: So với nhóm khách hàng âm tính thì tỷ lệ chuyển gửi đúng có phần cao hơn; Sau can thiệp tỷ lệ chuyển gửi đúng là 74,5% gấp gần 3 lần chuyển gửi sai. Khi so sánh trước sau can thiệp POCT, tỷ lệ chuyển gửi đúng có tăng lên

1,4% tuy nhiên việc tăng này không đáng kể và sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

3.3.1.6. Hiệu quả chung của can thiệp POCT khẳng định HIV

Hiệu quả chung của mô hình được đánh giá dựa trên các tiêu chí bao gồm: (1) Kết quả xét nghiệm đồng nhất trong giữa sàng lọc và khẳng định; (2) Trả kết quả xét nghiệm nhanh; (3) Chuyển gửi đúng. Riêng đối với các khách hàng được HIV dương tính thì có thêm các tiêu chí: (4) Phát hiện ở giai đoạn sớm; (5) Kết nối điều trị nhanh; (6) Kết nối thành công với điều trị ARV.

Bảng 3. 46. So sánh hiệu quả chung giữa 2 mô hình

Hiệu quả chung	Kết quả				Chênh lệch (%)	CSHQ	p
	Trước		Sau (POCT)				
	n	%	n	%			
Chưa hiệu quả	6602	79,7	3907	77,7	-2	0,03	<0,05
Hiệu quả	1682	20,3	1122	22,3	2	0,10	
Tổng	8284	100	5029	100			

Kết quả cho thấy hiệu quả chung của hoạt động xét nghiệm HIV và kết nối điều trị chưa cao khi so sánh với 6 tiêu chí. Tuy nhiên nghiên cứu cũng cho thấy hiệu quả chung can thiệp mô hình POCT cao hơn so trước can thiệp đạt 22,3% tăng 2%, CSHQ 0,1. Sự khác biệt về tỷ lệ hiệu quả có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Để đánh giá hiệu quả cụ thể của mô hình POCT, nghiên cứu sử dụng kiểm định hồi quy logistic đa biến có hiệu chỉnh với các yếu tố tuổi, giới, địa bàn nghiên cứu, kết quả như sau:

Bảng 3. 47. Hiệu quả của mô hình POCT

Mô hình áp dụng	Tỷ lệ (%)	Logistic (Đơn biến)			Logistic (Hiệu chỉnh) *		
		OR	95%CI	p	OR	95%CI	p
POCT (Sau)	22,3%	1,13	1,04-1,23	<0,05	1,34	1,22-1,46	<0,001
SLab (trước)	20,3%	1			1		

* Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến ảnh hưởng của mô hình đến hiệu quả can thiệp có hiệu chỉnh với tuổi, giới và địa bàn nghiên cứu

Can thiệp mô hình POCT làm tăng hiệu quả trong xét nghiệm HIV lên gấp 1,34 lần so với trước can thiệp - mô hình SLab (OR:1,34 95%CI:1,22-1,46), kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3. 48. Hiệu quả của mô hình POCT theo từng yếu tố/hành vi nguy cơ

Theo từng yếu tố/hành vi nguy cơ	n	Hiệu quả (đơn biến)			Hiệu quả (hiệu chỉnh) *		
		OR	95%CI	p	OR	95%CI	p
		NCMT	4515	1,32	1-1,73	0,05	1,29
QHTDKAT	1350	4,62	3,36-6,35	<0,001	7,1	5,03-10,03	<0,001
Vợ/chồng bạn tình nhiễm HIV	801	0,89	0,49-1,62	0,7	0,9	0,49-1,65	0,02
Vợ/chồng bạn tình nguy cơ cao	1089	0,41	0,12-1,36	0,17	0,29	0,08-1,06	<0,001
Bố mẹ HIV	109	6,67	1,58-28,1	0,015	5,75	1,08-30,69	0,165
Phơi nhiễm HIV	574	2,05	0,48-8,73	0,283	71,48	11,54-442,6	<0,001
Không có nguy cơ	5054	2,17	1,92-2,46	<0,001	2,23	1,96-2,53	<0,001

* Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến hiệu chỉnh với tuổi, giới và địa bàn nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành phân tách đối tượng theo từng nhóm đặc điểm yếu tố/hành vi nguy cơ và đánh giá hiệu quả của mô hình POCT một cách chi tiết hơn trong từng nhóm khách hàng này. Kết quả cho thấy mô hình POCT được đánh giá hiệu quả, đặc biệt là trong nhóm có hành vi NCMT, QHTDKAT, phơi nhiễm HIV, và các khách hàng chưa xác định được nguy cơ.

Cụ thể, ở nhóm khách hàng NCMT, hiệu quả của mô hình POCT tăng cao gấp 1,29 lần (95%CI = 0,97-1,72). Ở nhóm khách hàng QHTDKAT, hiệu quả này tăng gấp 7,1 lần (95%CI = 5,03 – 10,03). Ở nhóm khách hàng phơi nhiễm HIV hiệu quả tăng gấp 71,48 lần (95%CI= 11,54 – 442,6). Ở nhóm khách hàng chưa xác định được nguy cơ, hiệu quả này tăng gấp 2,23 lần (95%CI = 1,96 -2,53).

Ngược lại, ở nhóm khách hàng có vợ/chồng hoặc bạn tình có nguy cơ cao hoặc nhiễm HIV, hiệu quả của mô hình chưa rõ ràng.

3.3.1.7. Hiệu quả chi phí cho xét nghiệm HIV

a. Tiết kiệm chi phí chương trình cho hoạt động xét nghiệm HIV

Bảng 3. 49. So sánh các loại chi phí trước và sau can thiệp

Loại chi phí	Trước can thiệp (đồng)	Sau can thiệp (đồng)	Tăng/ giảm (%)
Tổng chi phí XN sàng lọc	880.387.524	752.927.523	(14,5)
Tổng chi phí XN khẳng định	1.917.088.935	912.583.795	(52,4)
Chi phí trung bình vận hành 01 CSXN	176.077.505	150.585.505	(14,5)

Kết quả nghiên cứu cho thấy, chi phí cho hoạt động xét nghiệm sàng lọc HIV giảm 14,5%, xét nghiệm khẳng định HIV giảm 52,4%, chi phí trung bình vận hành cho 1 cơ sở xét nghiệm HIV giảm 14,5% sau can thiệp.

Bảng 3. 50. So sánh chi phí thành phần trước và sau can thiệp

Loại chi phí	Trước can thiệp (đồng)	Sau can thiệp (đồng)	Tăng/giảm (%)
Chi phí nhân sự	411.191.130	384.561.678	(6,5)
Chi phí đầu tư	112.254.453	124.158.744	10,6
Chi phí thường xuyên	356.941.941	244.207.102	(31,6)
Chi phí vận chuyển mẫu	21.350.000	6.880.000	(67,8)
Chi phí khẳng định tại tỉnh	1.015.351.411	152.776.272	(85,0)
Tổng Chi phí	1.917.088.935	912.583.795	(52,4)

Kết quả nghiên cứu cho thấy sau can thiệp cắt giảm được 4/5 thành phần chi phí, trong đó cắt giảm nhiều nhất là kinh phí cho việc làm xét nghiệm khẳng định tại tuyến tỉnh giảm 85% và thấp nhất là giảm chi phí nhân sự 6,5%. Việc gia tăng chi phí chỉ ở chi phí đầu tư do việc đầu tư thêm các trang thiết bị mới phục vụ cho việc làm xét nghiệm khẳng định HIV. Trước can thiệp chi phí cho việc vận chuyển mẫu và khẳng định tại tuyến tỉnh chiếm đến 53% tổng chi phí, tuy nhiên sau can thiệp chi phí này đã được giảm chỉ còn chiếm 16% tổng chi phí.

b. Giảm chi phí đơn vị xét nghiệm HIV

Bảng 3. 51. So sánh chi phí cho một trường hợp xét nghiệm HIV

Cơ sở xét nghiệm	Chi phí trung bình		
	Trước CT (đồng)	Sau CT (đồng)	Tăng/giảm (%)
Huyện Điện Biên	59.217	46.491	(21,5)
Huyện Mộc Châu	125.944	104.854	(16,7)
Huyện Mường Lát	104.429	269.601	158,2
Huyện Quan Hóa	109.564	195.253	78,2
Huyện Tuần Giáo	121.417	128.427	5,8
Chung	101.462	162.409	60,1

Kết quả nghiên cứu cho thấy chi phí cho một trường hợp xét nghiệm đã hiệu quả ở huyện Điện Biên và Mộc Châu, tuy nhiên ở 3 huyện chưa hiệu quả ngay do tăng đầu tư về trang thiết bị xét nghiệm. Chi phí này tăng nhiều ở huyện Mường Lát và Quan Hóa, chi phí giảm ở huyện Điện Biên và Mộc Châu.

Bảng 3. 52. So sánh chi phí cho một trường hợp phát hiện dương tính HIV

Cơ sở xét nghiệm	Chi phí trung bình		
	Trước CT (đồng)	Sau CT (đồng)	Tăng/giảm (%)
Huyện Điện Biên	5.871.956	3.571.477	(39,2)
Huyện Mộc Châu	6.883.663	1.819.113	(73,6)
Huyện Mường Lát	23.018.560	15.169.563	(34,1)
Huyện Quan Hóa	15.612.888	5.605.181	(64,1)
Huyện Tuần Giáo	7.285.403	3.499.713	(52,0)
Chung	9.585.445	4.540.218	(52,6)

Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng chi phí hiệu quả trong phát hiện một trường hợp HIV dương tính ở tất cả các điểm nghiên cứu, hiệu quả nhất ở Huyện Mộc Châu giảm 73,6% chi phí phát hiện một trường hợp dương tính HIV, chỉ còn 1.819.113

đồng cho một ca dương tính. Hiệu quả chưa cao ở Huyện Mường Lát giảm 34,1% tuy nhiên chi phí cho một trường hợp xét nghiệm vẫn cao là 15.169.563 đồng. Chi phí trung bình cho việc phát hiện một trường hợp HIV dương tính đã giảm được 52,6% với 4.540.218 VNĐ (tương đương 207,45 USD)

3.3.2. Đánh giá tính khả thi của mô hình can thiệp

Kết quả phân tích 16 cuộc phỏng vấn sâu và 3 cuộc thảo luận nhóm cán bộ y tế là cán bộ xét nghiệm, quản lý, điều trị và tư vấn cho thấy việc ứng dụng mô hình can thiệp được hiệu quả và có tính thực tiễn nghiên cứu đã xem xét đến 3 khía cạnh: (1) Hiệu quả khả thi của mô hình đang can thiệp; (2) các yếu tố ảnh hưởng đến việc triển khai mô hình được phát hiện qua nghiên cứu cần cân nhắc xem xét trong quá trình thực hiện để đảm bảo chất lượng mô hình; (3) một số vấn đề tồn tại của mô hình cần khắc phục và điều chỉnh để phù hợp nhân rộng ở nhiều đặc điểm địa bàn khác nhau.

3.3.2.1. Hiệu quả khả thi của mô hình POCT khẳng định HIV

Việc đánh giá hiệu quả khả thi của mô hình can thiệp sẽ xem xét đến 7 khía cạnh: 1/Tính chấp nhận; 2/ Tính tiếp nhận; 3/Tính thích hợp; 4/Tính khả thi ở những đối tượng bối cảnh hoàn cảnh cụ thể; 5/Tính trung thành theo kế hoạch ban đầu; 6/Mức độ chi phí cho triển khai chương trình; 7/Khả năng duy trì bền vững của chương trình.

Tính chấp nhận ứng dụng mô hình:

Kết quả nghiên cứu cho thấy, các bên liên quan từ cấp lãnh đạo quản lý, đến cán bộ y tế và người dân đều quan tâm, có nhu cầu triển khai mô hình để khắc phục, giải quyết các tồn tại ở địa phương:

Lãnh đạo các cấp nhận thức được sự cần thiết và ưu tiên xây dựng mô hình.

Lãnh đạo Sở cũng đã nhận thức đúng đắn về việc cần thiết triển khai mô hình trên địa bàn để mang lại hiệu quả cho công tác phòng chống HIV/AIDS và kiểm soát lây nhiễm HIV trên địa bàn, từ đó đưa đến giải pháp điều phối sử dụng nguồn lực hợp lý như: ưu tiên xây dựng phòng xét nghiệm, điều chuyển trang thiết bị, điều phối nhân lực.

Sở y tế thì họ rất là đồng tình...hết sức ưu tiên cho phòng xét nghiệm khẳng định này, kể cả từ những trang thiết bị ...họ cũng yêu cầu...điều chuyển những trang thiết bị sang cho những đơn vị mà chuẩn bị

triển khai phòng xét nghiệm khẳng định.... yêu cầu những gì liên quan đến chuyên ngành để phục vụ cho công tác thì lãnh đạo cũng tạo điều kiện cung ứng đầy đủ (Cán bộ quản lý XN, nữ, 51 tuổi, PVS1).

Lãnh đạo các đơn vị cũng ưu tiên hỗ trợ triệt để cho công tác xây dựng mô hình về con người, công việc, thời gian cho xét nghiệm, đào tạo nâng cao năng lực tại cơ sở xét nghiệm.

Ban giám đốc thì sắp xếp công việc cũng rất là phù hợp ạ... các anh vẫn ưu tiên cho xét nghiệm làm chính..., Ngoài cái phần xét nghiệm ra thì những cái gì mà có thể liên quan đến HIV thậm chí bọn em còn được ưu tiên hơn, được đi nhiều hơn ấy (Cán bộ xét nghiệm, nữ, 52 tuổi, PVS2).

Cán bộ xét nghiệm mong muốn triển khai can thiệp.

Bản thân cán bộ y tế trực tiếp cung cấp, sử dụng dịch vụ xét nghiệm HIV cũng có mong muốn triển khai vì nhận thức được mô hình mang đến nhiều lợi ích cho bệnh nhân, cơ quan và địa phương cũng như hệ thống nhà nước:

Mình muốn mở thêm cái phòng XN khẳng định nữa đó để thuận tiện cho người dân đi lại, trong quá trình chẩn đoán các chị không phải đi gửi mẫu, giảm chi phí vận chuyển, giảm thời gian trả lời kết quả (Trưởng khoa điều trị, nam, 50 tuổi, PVS13).

Tính tiếp nhận của mô hình:

Được xem xét thông qua những ý định và cố gắng nỗ lực của đơn vị trong việc triển khai mô hình can thiệp.

Hầu hết các đơn vị đều cố gắng nỗ lực triển khai mô hình trên địa bàn.

Mặc dù có những các áp lực yêu cầu của công việc, thời gian, trong điều kiện thiếu thốn về thời gian, cơ sở vật chất, con người phải vượt qua như: Yêu cầu nghiêm ngặt về ghi chép sổ sách xét nghiệm nhiều hơn so với xét nghiệm sàng lọc HIV, nhưng họ vẫn tuân thủ và hiểu được lý do cũng như thành quả đằng sau những nỗ lực của họ.

Sổ sách trước đây chủ yếu là của dự án bây giờ phòng khẳng định cũng đúng là có thêm một chút giấy tờ chị ạ, nhưng không sao cả, được cho khách hàng là chúng em làm (Cán bộ xét nghiệm, nữ, 53 tuổi, PVS2).

Đầu tư thời gian nhiều hơn do việc khẳng định cần thực hiện thêm nhiều quy trình, đòi hỏi giám sát theo dõi và ghi chép hồ sơ nhiều hơn so với khi làm sàng lọc, nhưng vẫn đảm bảo đúng yêu cầu quy định theo kế hoạch.

Trước đây em mà có sàng lọc nghi ngờ em chuyển lên tuyến trên thì là không vấn đề gì, nhưng bây giờ mà có dương tính trả kết quả xong lại còn lưu mẫu xong rồi là vào các biểu mẫu của xét nghiệm khẳng định tốn thời gian hơn chị ạ (Cán bộ xét nghiệm, nữ, 53 tuổi, PVS2).

Áp lực trách nhiệm của công việc cao hơn vừa để hoàn thành kế hoạch, chịu trách nhiệm trước kết quả của bệnh nhân, tuy nhiên phần lớn cán bộ đều cho thấy sự cam kết thực hiện và ý nghĩa từ các đóng góp của bản thân họ cho cộng đồng/xã hội, được học tập, được cầm tay chỉ việc và nhận được các hỗ trợ để nâng cao năng lực và tay nghề.

Cũng áp lực đẩy chị nhưng cũng quen rồi và cảm thấy là cũng rất là vui chị ạ. Thứ nhất là công việc hàng ngày được thỉnh thoảng các chị hỗ trợ, gặp các chị, các em được hỗ trợ rất nhiều về mặt kỹ thuật đẩy chị ạ (Cán bộ xét nghiệm, nữ, 53 tuổi, PVS2).

Cố gắng hoàn thiện và thực hiện mô hình trong điều kiện tối thiểu.

Đặc điểm các cơ sở miền núi là thiếu thốn mọi mặt, cơ sở vật chất đã quá cũ và lạc hậu, thiết kế sắp xếp không còn phù hợp, tuy nhiên cũng đã cố gắng khắc phục sửa chữa theo những khuyến nghị của các đoàn hỗ trợ để đảm bảo đủ các tiêu chuẩn kỹ thuật cần có của phòng xét nghiệm khẳng định HIV:

Chúng tôi phải chuyển 03 phòng....đến bây giờ, cái phòng cuối cùng chúng tôi về mặt trang thiết bị và cơ sở là tương đối đảm bảo thôi... (Thảo luận nhóm CBYT, TLN2).

Xác định được những khó khăn, thách thức và chủ động tìm phương pháp giải quyết.

Giai đoạn mới thực hành, các cơ sở cũng gặp các mẫu khó xác định, cán bộ y tế cơ sở cũng chủ động liên lạc với đơn vị tuyến trên để được hỗ trợ giải quyết thông qua trao đổi, học tập và tìm hiểu:

Bọn em thì có rất nhiều lỗi, chị Hà cũng trao đổi là bọn em cũng vừa làm xong một bộ test xong cũng là tạm được nhưng có nhiều cái mới hơn, chúng em đi tập huấn là không được nói nhiều đến vấn đề dương tính yếu đầu... (Cán bộ xét nghiệm, nữ, 52 tuổi, PVS2).

Sự cố gắng thích ứng mô hình của các cán bộ trực tiếp tham gia.

Rất nhiều cán bộ y tế trong mô hình chỉ có trình độ trung cấp, công tác ở các vùng xa xôi ít có điều kiện tiếp cận kiến thức nên có nhiều quy trình thực hiện không dễ dàng lĩnh hội, nhưng vẫn cố gắng thích nghi để thực hiện:

Lúc đầu đọc thì thấy hơi khó hiểu, nhưng mà bây giờ qua thời gian tham gia nhiều thì em thấy cũng dễ (Cán bộ xét nghiệm, nam, 38 tuổi, PVS3).

Tính thích hợp của mô hình:

Phần lớn các ý kiến đều cho rằng mô hình POCT khẳng định HIV là thích hợp với địa bàn, đối tượng phục vụ, hạ tầng cơ sở và năng lực thực hiện của địa phương, cụ thể như sau:

Phù hợp triển khai tại tuyến huyện trở lên.

Tuyến huyện là nơi có các cơ sở y tế đủ năng lực và khả năng dịch vụ trên địa bàn, trình độ và đội ngũ cán bộ cao hơn so với tuyến xã, đồng thời nên lựa chọn các huyện ở trung tâm có khả năng thu dung các bệnh nhân từ các huyện lân cận. Trong nghiên cứu các huyện được lựa chọn là đầu mối giao thương, có thể thu gom tiếp nhận được mẫu hoặc là trung tâm của huyện hoặc các vùng lân cận.

Đặt ở đây tôi cho rằng là phù hợp, bởi vì là đối với huyện thì bao giờ cũng thế, trung tâm huyện thì nó mới đầy đủ các cái vấn đề cơ bản để mà thực hiện hơn, nó sẽ chu đáo hơn, tốt hơn là đặt ở tuyến xã. Thế còn nói về các huyện lân cận, thì tôi cho rằng cái việc văn hóa nó cũng là trung tâm (Trưởng khoa điều trị, nam, 50 tuổi, PVS13).

Cũng có những ý kiến cho rằng không ủng hộ việc triển khai mô hình tại trạm y tế xã, vì với hạ tầng cơ sở vật chất, cơ cấu hiện tại của xã chưa thể đáp ứng được các yêu cầu về cơ sở vật chất, trang thiết bị và con người.

Phù hợp về đơn vị lựa chọn can thiệp.

Tại các huyện nghiên cứu, hiện tại tồn tại 2 mô hình (TTYT huyện 2 chức năng; TTYT Dự phòng và Bệnh viện huyện), tuy nhiên phần lớn các ý kiến đều ủng hộ việc triển khai mô hình đặt tại TTYT huyện như trong nghiên cứu với các lý do sau:

Đây là nơi cung cấp được nhiều dịch vụ cùng lúc như: tư vấn xét nghiệm HIV, xét nghiệm khẳng định HIV, điều trị ARV và dự phòng lây nhiễm HIV. Từ đó tạo sự tiện lợi cho bệnh nhân và cán bộ y tế, đồng thời rút ngắn được thời gian, khoảng cách di chuyển, số lần di chuyển của bệnh nhân.

Trước khi làm khẳng định thì nó phức tạp 1 chút, tức là chờ kết quả dưới kia lên rồi mới hẹn bệnh nhân lên trả kết quả cho họ dẫn sang bên kia thì lấy máu 1 lần nữa. Cũng có bệnh nhân họ yếu, phần này không muốn lấy máu, khi mà làm khẳng định ở đây trong thời gian lấy máu em có thể làm luôn CD4 nếu dương tính thì thuận tiện hơn...(Cán bộ xét nghiệm, nam, 38 tuổi, PVS 12).

Đặt tại TTYT huyện sẽ dụng được tối đa nguồn lực trong bối cảnh khó khăn về nhân sự ở khu vực vùng sâu vùng xa, đảm bảo tính liên hoàn tạo thành một chuỗi dịch vụ tại cơ sở, tăng hiệu quả kết nối cao nhất và tránh được tình trạng mất đầu khách hàng, hiệu quả này cũng đã được chứng minh phân tích ở phần 3.3.1.

Tức là tư vấn trước điều trị, làm xét nghiệm khẳng định tại chỗ sau đó tư vấn sau xét nghiệm trả kết quả và tư vấn chuyển gửi, nó liền 1 mạch đưa sang phòng điều trị nó chung 1 khối, nó rất là dễ, bệnh nhân không mất đầu. Không ai thoát được trừ những người cố tình không điều trị thì phải chấp nhận thôi”(Trưởng khoa điều trị, nam, 50 tuổi, PVS13).

Khách hàng tin tưởng ở TTYT sẽ bảo mật thông tin hơn vì ít bệnh nhân hơn so với bệnh viện, mô hình bệnh tật ít hơn cho nên khách hàng đặc biệt là những khách hàng có nguy cơ lây nhiễm HIV có cảm nhận việc bảo mật thông tin tốt hơn, phù hợp và hiệu quả hơn ở các khu vực vẫn tồn tại việc kỳ thị phân biệt đối xử, khu vực sinh hoạt cộng đồng làng xóm người dân sống thân thiện và gắn kết với nhau như ở các khu vực vùng nông thôn, vùng sâu, vùng xa, dân tộc thiểu số.

Khách hàng đến với trung tâm, cái thứ nhất là bảo quản thông tin nó sẽ tốt hơn, bởi vì đến đây nó ít các mô hình bệnh tật, nó ít bệnh nhân, ít khách hàng, nó kín đáo (Trưởng khoa điều trị, nam, 50 tuổi, PVS13).

Tư vấn khai thác triệt để hơn, vì nơi can thiệp là các cơ sở đã triển khai công tác tư vấn xét nghiệm HIV từ rất sớm, các cán bộ tư vấn chuyên trách có kinh nghiệm, thời gian, kỹ năng hơn so với các cơ sở không chuyên từ đó dẫn tới góp phần tăng hiệu quả kết nối chuyển gửi.

Phòng xét nghiệm ở đây và cán bộ tư vấn ở đây họ chuyên về cái việc ấy, đến 1 cái là có mặt ngay không phải chờ đợi, sau đó sẽ được làm ngay (Trưởng khoa điều trị, nam, 50 tuổi, PVS13).

Phát huy hiệu quả kết hợp chỉ đạo tuyến xã trong việc triển khai, giám sát, hỗ trợ các xét nghiệm tại cộng đồng, phát hiện người nhiễm, chuyển gửi bệnh nhân sẽ chủ động và hiệu quả hơn khi triển khai ở bệnh viện do các đối tượng khách hàng thường là đối tượng ẩn, ít bộc lộ bản thân và hạn chế tiếp cận dịch vụ y tế.

Ở bệnh viện thì cơ bản nó vẫn là thụ động, bởi vì trung tâm nó chuyên ngành, thì nó phối hợp lồng ghép đi cơ sở để đi cơ sở, đi phát hiện dưới cộng đồng nó là chuyện bình thường, nó là chuyện diễn ra từng ngày. Có thể một cán bộ đi giám sát chỉ đạo tuyến vẫn có thể làm việc này (CBXN, nam, 38 tuổi, PVS12).

Một số ý kiến mong muốn được triển khai mô hình tại bệnh viện, tuy nhiên lý do đưa ra là để bệnh nhân được khám các chuyên khoa khác thì chưa thực sự thuyết phục. Trong khi một số ý kiến cho rằng triển khai tại bệnh viện, nơi có nhiều loại bệnh tật, đông bệnh nhân, bác sỹ chuyên tâm vào điều trị hơn là dự phòng khai thác tư vấn giảm hành vi nguy cơ lây nhiễm và phát hiện tìm ca sẽ hạn chế.

Phù hợp về yêu cầu điều kiện đảm bảo thực hiện mô hình.

Các yêu cầu về cơ sở vật chất hạ tầng kỹ thuật phù hợp với điều kiện sẵn có của địa phương, các cơ sở y tế sẵn sàng đáp ứng được ở điều kiện tối thiểu, việc đầu tư thêm trang thiết bị chỉ ở mức độ cơ bản, không đòi hỏi quá nhiều chi phí nên việc thực hiện mô hình khả thi và bền vững.

Cơ sở vật chất theo quy định thì cũng không đòi hỏi cao, nó cũng phù hợp. Nhất là trang thiết bị thì nó phù hợp với phòng XN đang sinh hoạt lâu nay, cũng không thay đổi nhiều so với XN chưa được khẳng định thì nó cũng không sai lệch nhiều, gần như là giống nhau (Cán bộ xét nghiệm, nam, 38 tuổi, PVS3).

Các yêu cầu về nhân sự, quy định kỹ thuật/quy trình phù hợp với trình độ của cán bộ địa phương thường là các cán bộ trung cấp, đào tạo ngắn hạn, khó học tập và tiếp cận phương pháp mới như:

1/Từ quy trình tư vấn cho khách hàng cũng đơn giản, ngắn gọn dễ áp dụng, kỹ thuật sinh phẩm dễ làm dễ đọc kết quả, không khó đối với cán bộ y tế vùng sâu vùng xa.

Còn với góc độ người tư vấn thì nó cũng dễ đi rất là nhiều, nó không có thủ tục rườm rà gì nhiều lắm, bởi vì đọc test thì nó đơn giản không có vấn đề gì khó...(Trưởng khoa điều trị, nam, 50 tuổi, PVS13).

2/Phương pháp, kỹ thuật thực hiện cũng dễ dàng học và không cần phải đào tạo nhiều như các phương pháp kỹ thuật xét nghiệm khác cần một cán bộ có trình độ nhất định.

Cái vấn đề mà đào tạo cũng ngắn thôi chị ạ (Cán bộ xét nghiệm, nữ, 53 tuổi, PVS2).

3/Quy trình thực hiện có thay đổi để đáp ứng với yêu cầu làm xét nghiệm khẳng định HIV nhưng không nhiều so với ban đầu, nên cán bộ cũng dễ dàng áp dụng.

Thay đổi 1 chút là thêm 1 số quy trình thôi, giấy tờ nhiều hơn 1 chút nhưng mà lại tiện cho mình để theo dõi (Cán bộ xét nghiệm, nam, 38 tuổi, PVS 3)

Tính khả thi của mô hình:

Từ các ý kiến của người trong cuộc cho thấy rằng mô hình có khả năng thực hiện được ở địa phương trong bối cảnh cắt giảm nguồn lực, tình hình dịch gia tăng và khó khăn về cơ sở vật chất kỹ thuật/nhân lực ở các cơ sở y tế miền núi:

Cán bộ y tế các cấp đều nhận thấy mô hình phù hợp với điều kiện địa phương, nên dù có khó khăn cũng đã có gắng thực hiện, từ đó mang lại các hiệu quả can thiệp đối với bệnh nhân và cán bộ y tế như:

1/Tăng việc nhận kết quả; bệnh nhân được kết nối điều trị sớm, điều này cũng được chứng minh bằng số liệu ở phần đánh giá hiệu quả 3.3.1:

Đại đa số là đi nhận hết ạ, chỉ một vài trường hợp mất dấucó một trường hợp ngày lấy mẫu thứ 7, chủ nhật, thì em cũng linh động người ta ở xa làm khẳng định luôn và thứ 2 đã chuyển khách hàng xuống điều trị luôn rồi... (Cán bộ xét nghiệm, nữ, 53 tuổi, PVS2).

2/Giảm tình trạng tiếp cận xét nghiệm phát hiện muộn, hoặc tử vong do đến cơ sở y tế muộn của bệnh nhân:

Khi có chương trình này từ tháng 3 lại đây những bệnh nhân nào mà em làm dương tính luôn thì họ được tiếp xúc điều trị luôn thì sức khỏe của họ tốt hơn so với những người trước khi có chương trình, có những người yếu lắm rồi mới được uống thuốc, có những người không còn để uống thuốc...(Cán bộ xét nghiệm, nam, 38 tuổi, PVS3).

3/Cán bộ thực hiện cẩn thận hơn, cơ động về công việc hơn do kết quả trên sinh phẩm nhanh chủ yếu là cán bộ y tế đọc, không phụ thuộc vào máy móc như sử dụng dàn ELISA.

Những năm trước soát xét lại vất vả lại liên quan đến luật và sai sót nhiều...thời gian tiện hơn...đòi hỏi người đọc cẩn thận hơn ELISA...(Trưởng khoa xét nghiệm, nữ, 50 tuổi, PVS16).

4/Nhận thức của các cấp lãnh đạo về tầm quan trọng của xét nghiệm HIV cũng đã thay đổi, lấy bệnh nhân làm trung tâm, linh hoạt các cách thực hiện, tạo điều kiện để bệnh nhân có thể có được kết quả sớm nhất và tránh mất dấu bệnh nhân.

Trả kết quả, khi 1 cái dương tính mà họ không lên được thì bọn em phải xuống, từ khi bọn em làm kháng định thì sếp cũng bảo là ưu tiên các bệnh nhân ở xa, họ không lên được thì mình phải xuống (Cán bộ xét nghiệm, nam, 38 tuổi, PVS3).

Chủ động nghiên cứu đề xuất các kiến nghị bổ sung chỉnh sửa cho phù hợp.

Qua quá trình triển khai mô hình can thiệp, các cán bộ y tế cũng nhận biết được các khó khăn, đưa ra những kiến nghị để điều chỉnh mô hình phù hợp với hoàn cảnh của địa phương bao gồm:

Có những chế tài để hỗ trợ bảo vệ cán bộ y tế, cán bộ làm xét nghiệm kháng định HIV khi có những tai nạn nghề nghiệp, sự cố chuyên môn.

Mình muốn kiến nghị với Bộ Y tế thứ nhất là mình phải có Luật để bảo vệ anh em mình trong quá trình làm công tác xét nghiệm này...(Trưởng khoa xét nghiệm, nữ, 51 tuổi, PVS1).

Thay đổi quy định điều kiện về xét nghiệm HIV dựa vào năng lực chuyên môn, thông qua kỳ thi sát hạch để đảm bảo những cơ sở khó khăn thiếu cán bộ đại học có thể được công nhận để cung cấp dịch vụ xét nghiệm định HIV, có thể mở rộng được chương trình can thiệp.

Không cần bắt buộc phải là bác sĩ chẳng hạn như chỗ em bác sĩ chỉ là trên danh nghĩa trách nhiệm chính vẫn là 2 anh em, nếu mà được thay đổi thì theo em nên tổ chức một lớp đào tạo ngắn rồi cho thi sát hạch nếu mà đạt thì cho thành kĩ thuật viên chính cũng được công nhận (Cán bộ xét nghiệm, nam, 38 tuổi, PVS3).

Bổ sung tối thiểu 02 cán bộ làm xét nghiệm để có thể hỗ trợ trao đổi thông tin, giám sát lẫn nhau, soát xét kết quả tránh sai sót trong quá trình xét nghiệm cho bệnh nhân.

Quá trình làm phải có sự giám sát, đồng thời 2 người làm, một người làm và 1 người giám sát, có trường hợp không vì kết quả chúng ta đang nghi ngờ mà ta kết luận vội vàng, hoặc có trường hợp chúng ta vẫn thấy nghi ngờ mà chúng ta kết luận, dẫn đến sai số rất là lớn (Thảo luận nhóm CBXN, TLN1).

Tính trung thành với kế hoạch can thiệp:

Trong số 5 huyện triển khai can thiệp có 3 huyện chậm 03 tháng so với kế hoạch ban đầu. Kết quả nghiên cứu định tính cho thấy mặc dù có nhiều lý do ảnh hưởng đến kế hoạch như yêu cầu đặc điểm mô hình, nhân lực thực hiện, tuy nhiên với sự hỗ trợ của nhóm kỹ thuật quốc gia và những nỗ lực của đơn vị mô hình vẫn hoàn thành kế hoạch như dự kiến ban đầu.

Những lý do ảnh hưởng đến kế hoạch cần phải điều chỉnh:

Mẫu biểu báo cáo, chỉ số báo cáo chưa thống nhất, chưa dễ thực hiện, chưa tích hợp với hệ thống điện tử cần chỉnh sửa đơn giản hóa biểu mẫu báo cáo phục vụ được nhiều mục đích khác nhau để tiếp kiệm thời gian, cần thống nhất cơ chế chia sẻ sử dụng số liệu của nhau.

Mỗi chương trình một biểu mẫu báo cáo khác nên rất khó cho anh em để cập nhật các báo cáo, cùng một biểu mẫu nếu thống nhất cho các chương trình được thì thuận tiện ví dụ một anh là báo cáo thì có thể lấy báo cáo đẩy gửi cho các nơi các bộ phận (Trưởng khoa xét nghiệm, nữ, 51 tuổi, PVS1)

Sổ sách ghi chép hoạt động xét nghiệm chưa thống nhất giữa các tuyến, giữa chương trình mục tiêu và quốc gia dẫn đến việc theo dõi, kết nối thông tin dữ liệu bệnh nhân khó khăn, gây trở ngại cho việc triển khai thực hiện và thống kê báo cáo hoạt động và theo dõi tiến độ thực hiện.

Bộ sổ sách tuyến huyện và xã chưa thống nhất giữa việc sổ sách kê cả dự án phải đồng bộ với hướng dẫn quốc gia, cho ra một bộ mẫu sổ sách đồng bộ đều thống nhất toàn quốc và bộ công cụ đồng bộ với quốc gia để đơn vị làm (Trưởng khoa xét nghiệm, nữ, 50 tuổi, PVS16).

Yêu cầu ghi chép nhiều biểu mẫu/sổ sách khi thực hiện xét nghiệm HIV, không đơn giản và chưa tích hợp với các xét nghiệm khác đang thực hiện tại đơn vị, làm cho xét nghiệm HIV khác biệt, thiếu công bằng so với các xét nghiệm khác, dẫn đến tình trạng ghi chép sổ sách không cẩn thận, sai sót nên phải chỉnh sửa điều chỉnh nhiều lần khi thực hiện.

Lao thì sốt rét cũng chỉ một sổ xét nghiệm với một tờ xét nghiệm thôi đặc biệt thì với Lam sốt rét thì có một danh sách thì cứ kê ra như thể thôi ai âm là âm, ai dương là dương không phải từng người một như thể này...(Cán bộ xét nghiệm, nữ, 53 tuổi, PVS2).

Những lý do liên quan đến năng lực, khả năng thực hiện của địa phương cần được xem xét để khắc phục trong giai đoạn mở rộng.

Cán bộ thực hiện không được tập huấn hoặc không được hướng dẫn lại từ người đi tập huấn dẫn đến tình trạng không biết viết sơ đồ xét nghiệm, không phân tích đúng các tình huống kết quả. Vì vậy dẫn đến tình trạng phải đào tạo lại nhiều lần và hướng dẫn cầm tay chỉ việc tận cơ sở.

Ngày đây mình không tập huấn chưa biết là cần viết cái sơ đồ sàng lọc...nhưng mà từ ngày chị em tất cả khoa được đi tập huấn về được triển khai sơ đồ sàng lọc (Trưởng khoa xét nghiệm, nữ, 51 tuổi, PVS1).

Năng lực, trình độ cán bộ còn yếu, chưa coi trọng việc ghi chép hồ sơ sổ sách, vì vậy dẫn tới việc ghi chép sai, chưa đúng so với quy định. Cần phải điện tử hóa sổ sách và code hóa thông tin để đảm bảo việc tránh sai sót thông tin do ghi chép thủ công.

Ghi chép sổ sách hạn chế nhất của chị em ở đây là viết chữ xấu, nhiều khi mọi người chép nhanh quá xong kiểu tiện tay viết dấu chấm dấu phẩy thành ra tên của người ta lại thành khác đi...(Trưởng khoa xét nghiệm, nữ, 51 tuổi, PVS1).

Ý thức tuân thủ quy định của cán bộ y tế chưa cao, ngại theo đúng hướng dẫn đã được tập huấn, chủ quan làm tắt bước nên ít nhiều ảnh hưởng đến kế hoạch triển khai vì phải hỗ trợ điều chỉnh nhiều lần.

Anh em ở đây làm tắt nên khâu ghi chép sổ sách nó mới sai, mới lỗi nhiều, thế còn từ ngày mà đoàn lên kiểm tra thì mình cũng thực hiện đúng quy theo quy trình, ghi chép sổ sách từ khâu tiếp cận khách hàng, từ khâu ghi chép sơ đồ sàng lọc vào sổ sách (Trưởng khoa xét nghiệm, nữ, 51 tuổi, PVS1).

Cán bộ xét nghiệm chưa chủ động, biểu hiện lo sợ về trách nhiệm khi thực hiện mô hình nên gây ra không ít công kênh trong quá trình thực hiện cần phải có lãnh đạo tham gia ký duyệt kết quả dẫn tới việc chậm thời gian.

Không có thủ trưởng lớn ở cơ quan tham gia vào để ký duyệt thực ra anh chị em rất lo về vấn đề là làm đúng thì không sao, không may làm lỗi cái là tất cả mọi trách nhiệm người ta rất nặng nề...(Trưởng khoa xét nghiệm, nữ, 51 tuổi, PVS1).

Một số nơi chưa thực sự có sự tham gia của các cấp lãnh đạo trong quá trình thực hiện, nên việc đôn đốc hỗ trợ tạo điều kiện chưa sát sao và nhất quán.

Trường hợp anh em ở dưới này làm cái gì ông ở trên ông không biết ...thì rất muốn có cả các lãnh đạo tham gia vào những công tác này nữa, những cái gì quan trọng thì thủ trưởng nên nắm được (Trưởng khoa xét nghiệm, nữ, 51 tuổi, PVS1).

Một số đơn vị còn khó khăn về cơ sở vật chất đã quá cũ lạc hậu, ở chung với đơn vị khác nên cũng ảnh hưởng đến tiến độ triển khai của kế hoạch.

Diện tích hiện tại khoa hơi chật hẹp, thứ 2 là trong đây có quy định về hệ thống xử lý nước trước khi thải ra môi trường hiện tại đơn vị chưa triển khai được (Cán bộ điều trị, nam, 30 tuổi, PVS14)

Sự nỗ lực, quyết tâm của đơn vị và hỗ trợ kỹ thuật góp phần đạt được tiến độ kế hoạch can thiệp.

Để đảm bảo tiến độ thực hiện kế hoạch triển khai mô hình can thiệp cần có sự nỗ lực quyết tâm của đơn vị, đồng thời với sự hỗ trợ kỹ thuật từ trung ương đến tuyến tỉnh trong việc sắp xếp cơ sở vật chất, hướng dẫn xây dựng quy trình, hướng dẫn ghi chép hỗ trợ sổ sách, hỗ trợ thực hiện mẫu khó và hướng dẫn phát hiện phân tích các trường hợp khó đã giúp địa phương từng bước hoàn thiện mô hình.

Huyện đã cố gắng rất là nhiều từ việc chuẩn bị, phòng ốc, trang thiết bị trong phòng bố trí như thế nào, đường dây điện bố trí như nào, chúng tôi cũng phải mất 2 chuyên ở chỗ chị Hà, anh Thắng lên hỗ trợ Tuần Giáo thì chúng tôi mới xong được phần an toàn sinh học (Thảo luận nhóm cán bộ y tế, TLN1).

Chi phí thực hiện mô hình:

Trong phần 3.3.1.7 cũng đã phân tích cho thấy việc giảm chi phí khi áp dụng mô hình can thiệp POCT, đồng thời qua nghiên cứu định tính cho thấy các đối tượng nghiên cứu đều nhận thấy chi phí triển khai xét nghiệm HIV theo mô hình can thiệp tiếp kiệm hơn so với mô hình SLab trước can thiệp. Tuy nhiên do sự chuyển đổi từ chỗ chỉ làm sàng lọc, cung cấp thêm xét nghiệm khẳng định HIV yêu cầu điều kiện cao hơn, quản lý chất lượng xét nghiệm nghiêm ngặt hơn nên có nhiều chi phí phát sinh đơn vị sẽ phải thực hiện.

Tiết kiệm chi phí chủ yếu ở công đoạn làm xét nghiệm khẳng định HIV do:

Giảm chi phí vận chuyển mẫu từ cơ sở sàng lọc xuống cơ sở khẳng định HIV, đồng thời cán bộ y tế không phải tham gia vào quá trình vận chuyển nên tiếp kiệm được nhân lực, từ đó đảm đương được việc cung cấp dịch vụ tại đơn vị hiệu quả hơn, đồng thời tiếp kiệm được cả thời gian và chi phí đi lại của bệnh nhân do việc không phải chờ đợi nhận kết quả, quay trở lại lần 2 nhận kết quả.

Ví dụ như là một mẫu hai mẫu thì cũng phải mất 1 cán bộ đưa mẫu về dưới kia, khi mà trả lời kết quả thì cũng phải có một người cán bộ xuống đây nhận kết quả, đây thì nó sẽ tốn kém hơn cho nhà nước thôi (Trưởng khoa điều trị, nam, 50 tuổi, PVS13).

Giảm chi phí sinh phẩm vật tư tiêu hao điện nước cho xét nghiệm HIV, trước khi can thiệp các chi phí này phải thực hiện 2 lần ở 2 đơn vị (sàng lọc và khẳng định) giờ chỉ thực hiện ở 1 cơ sở khẳng định tuyến huyện POCT. Việc tiếp kiệm chi phí này nếu thực hiện được trên diện rộng sẽ tiếp kiệm chi phí chương trình y tế nói chung: vật tư tiêu hao tiếp kiệm được do chỉ 1 lần làm và 1 người làm.

Chẳng hạn như 1 bệnh nhân mà dương tính vào mình sàng lọc xong thì mình cũng đang một cái kỹ thuật đấy, mình cứ thể thao tác mình mình làm không cần người thứ 2 làm nữa cho nên là cái chi phí vật tư tiêu hao thì cũng thể thôi nếu phải 2, 3 người làm cùng một lúc thì nó mới chi phí chứ có 1 người làm thì cũng không có gì thay đổi chi ả (CBXN, nữ, 53 tuổi, PVS 2).

Một số phát sinh khi triển khai xét nghiệm kháng định HIV tại cơ sở.

Trong quá trình triển khai cũng sẽ phát sinh những khó khăn, các đơn vị sẽ phải dự báo trước để có kế hoạch đáp ứng kịp thời, đảm bảo được tiến độ và duy trì bền vững dịch vụ:

Khó khăn chủ yếu là kinh phí triển khai công tác quản lý đảm bảo chất lượng, từ việc đang được hỗ trợ của dự án cấp phát miễn phí, chuyển sang cơ chế đơn vị phải chi trả khi tham gia chương trình kiểm soát chất lượng từ bên ngoài, nguy cơ dẫn tới việc không triển khai thực hiện và khó duy trì đảm bảo chất lượng dịch vụ, đặc biệt với các cơ sở y tế dự phòng không có thu. Tuy nhiên trong mô hình phần lớn các cơ sở can thiệp 2 chức năng gắn với chức năng khám chữa bệnh nên có thể giải quyết được bài toán thiếu nguồn lực.

Nhất là về phần công tác ngoại kiểm ý thì đúng ra là phần kinh phí của đơn vị còn hạn hẹp, ngoại kiểm về phần công tác xét nghiệm khác, lượng bệnh nhân nó không đông này không đủ để mà bây giờ ví dụ 1 năm để ngoại kiểm tất cả các máy móc thì rơi vào 100, hơn 100 triệu thì hiện tại đang vướng (Trưởng khoa xét nghiệm, nữ, 51 tuổi, PVS1).

Mạng lưới đơn vị cung cấp bảo trì bảo dưỡng hiệu chuẩn cho các khu vực vùng sâu xa còn hạn chế, không đủ đội ngũ kỹ thuật, dịch vụ sửa chữa xa nên dễ gây ra tình trạng gián đoạn công tác xét nghiệm. Vì vậy khi mua sắm đầu tư trang thiết bị đầu tư, các đơn vị cần phải thương thảo với các đơn vị cung cấp đảm bảo đến các dịch vụ hỗ trợ sau lắp đặt thiết bị; ngân sách hàng năm cần có kế hoạch cho việc hiệu chuẩn, hiệu chỉnh chỉ tiêu kỹ thuật.

Bảo trì bảo dưỡng của đơn vị thì kỹ sư của đơn vị thì không có, toàn gọi bên kỹ sư của các hãng thì kỹ sư các hãng thì cũng phải mất mấy ngày người ta mới lên đây được thì những trường hợp như thế thì mình phải dừng nó lỗi ở phần kỹ thuật nào thì mình phải dừng kỹ thuật ấy kỹ sư họ lên họ chỉnh sửa kiểm tra xong thì mình mới tiếp tục làm được (Trưởng khoa xét nghiệm, nữ, 51 tuổi, PVS1).

Một số chính sách về định mức bộc lộ những bất cập như:

Chi trả phụ cấp người làm trực tiếp công tác xét nghiệm HIV theo định mức khoán nên nhiều khi các cán bộ làm xét nghiệm phải chia nhau 1 định suất.

Về mảng phụ cấp thêm, mình có ý kiến rất mong mọi muốn đề xuất với bộ để có quyết định, thông tư là những người làm xét nghiệm HIV đều được hưởng 70% hết (Trưởng khoa xét nghiệm, nữ, 51 tuổi, PVS1).

Định mức chi chưa đủ đáp ứng với giá dịch vụ, tuy nhiên về nhiệm vụ các cán bộ xét nghiệm vẫn thực hiện, nhưng không khuyến khích được sự nhiệt tình của cán bộ để dẫn tới tình trạng làm cho xong.

Kể cả anh xét nghiệm thì cũng không được tiền công xét nghiệm, công lấy mẫu nữa, nếu mà có tiền công như thế thì sẽ khuyến khích anh em làm hơn, sẽ tốt hơn, kể cả là không có thì vẫn phải làm (Trưởng khoa xét nghiệm, nữ, 51 tuổi, PVS1).

Thiếu hụt nguồn kinh phí cho việc đi thực địa với những khu vực vùng sâu xa, cho cán bộ huyện xuống các xã ở khu vực hẻo lánh, giao thông cách trở khi việc tiếp cận, thông báo trả kết quả, đưa bệnh nhân đi điều trị rất khó khăn.

Nếu mà bọn em ở trên huyện Mường Lát mà có xuống thôn bản mà có 1 ít kinh phí thì tốt hơn (Cán bộ xét nghiệm, nam, 38 tuổi, PVS3).

Khả năng bao phủ can thiệp:

Mô hình can thiệp được đặt tại TTYT huyện, có khả năng thu dung toàn bộ bệnh nhân của địa bàn huyện, phần lớn đảm nhiệm 2 chức năng hoặc dự phòng (huyện Mộc Châu) nên tiếp nhận các mẫu/bệnh nhân nghi ngờ từ các tuyến xã gửi lên, từ bệnh viện huyện chuyển sang. Về vị trí các TTYT được can thiệp đặt tại điểm trung chuyển nên có thể tiếp nhận được các mẫu từ các huyện lân cận xa xôi, tránh tình trạng các huyện này phải chuyển mẫu về tận trung tâm tỉnh.

Việc bao phủ của can thiệp mang đến lợi ích cho nhân dân của huyện và các vùng lân cận:

Người dân được tiếp cận với dịch vụ đầy đủ từ sàng lọc đến khẳng định HIV phát hiện lây nhiễm HIV và có thể được cung cấp dịch vụ sau xét nghiệm nên yên tâm sẵn sàng sử dụng dịch vụ.

Bởi vì nếu như có dương tính đi chẳng nữa thì họ sẽ được điều trị ngay, và sức khỏe của họ sẽ được ổn định, đây là cái vấn đề họ rất yên tâm ở chỗ là họ sẵn sàng để cho mình lấy mẫu làm xét nghiệm (Trưởng khoa điều trị, nam, 50 tuổi, PVS13)

Sử dụng POCT nên việc thực hiện và trả kết quả có thể ngay trong ngày như phân tích tại mục 3.3.1, những người nhiễm HIV có thể nhận được kết quả khẳng định ngày, bệnh nhân có cơ hội được điều trị sớm, giảm thiểu nguy cơ tử vong và gánh nặng điều trị do các nhiễm trùng cơ hội kèm theo, tránh được tình trạng mất

dấu khách hàng do việc phải quay trở lại nhận kết quả hoặc chờ đợi nhận kết quả khi phải gửi mẫu lên tuyến trên như trước can thiệp.

Khi có kháng định ở đây thì rất thuận lợi trong chương trình điều trị sớm, bởi vì là có khi chỉ trong 1 ngày, hoặc là sớm hơn nữa, khi mà có xét nghiệm kháng định là có thể làm thủ tục điều trị cho bệnh nhân được rồi, bệnh nhân sẽ được điều trị (Trưởng khoa điều trị, nam, 50 tuổi, PVS13).

POCT có thể thực hiện xét nghiệm đơn lẻ, không cần thiết phải theo mẻ xét nghiệm, thời gian tối thiểu 15 phút vì vậy các cán bộ xét nghiệm có thể thực hiện ngay không cần hẹn bệnh nhân, từ đó tiếp kiệm thời gian cho bệnh nhân.

Triển khai xét nghiệm kháng định tại tuyến huyện, rút ngắn được thời gian, trả kết quả được nhanh hơn (Phụ trách khoa xét nghiệm, nữ, 53 tuổi, PVS5).

Mang lại lợi ích cho các cán bộ y tế tham gia chương trình can thiệp.

Mô hình can thiệp đã cải thiện nhận thức của cán bộ y tế về việc ưu tiên xét nghiệm HIV, đặt bệnh nhân là trung tâm, sẵn sàng hỗ trợ cho bệnh nhân. Mô hình có tính linh hoạt và tiện lợi nên tạo thuận lợi và rút ngắn công đoạn cho cán bộ y tế trong việc tư vấn, xét nghiệm, kết nối điều trị ARV cho bệnh nhân.

Nếu như em làm vào đầu giờ sáng em hẹn đầu giờ chiềuvì đây là bệnh nhân cũng ở xa chị ạ, mình có làm buổi trưa xong thì sang chiều người ta ..quay lại đây, trong thời gian nghỉ ngơi em bảo họ chụp ảnh, phô tô chứng minh đi (Cán bộ xét nghiệm, nữ, 53 tuổi, PVS2).

Mang lại lợi ích cho chương trình y tế.

Với bối cảnh hạn chế nguồn lực nhưng vẫn phải thực hiện mục tiêu chăm sóc sức khỏe cho nhân dân đặc biệt ở những vùng khó khăn, mô hình đã được đánh giá của những người trong cuộc về việc mang lại các lợi ích cho chương trình như sau:

Giúp tiếp kiệm các chi phí không cần thiết như chi phí đi lại và người bệnh được hưởng lợi nhanh nhất.

Thứ nhất là nếu được làm phòng kháng định thì có những tiện lợi cũng như chi phí hoạt động, kinh phí đi lại đỡ tốn kém hơn, cái thứ 2 là người bệnh có thể được trả lời cái kết quả nó sớm nhất (Bác sỹ điều trị, nữ, 45 tuổi, PVS10).

Tiếp kiệm chi phí chương trình do hiệu quả mang lại từ việc hạn chế tiếp cận muộn dễ bị nhiễm trùng cơ hội kèm theo, hạn chế mất dấu, tử vong. Giảm các chi phí phát sinh do việc phải thực hiện nhiều lần, phải vận chuyển mẫu, phải chi phí điều trị cho các ca nặng, chi phí dự phòng, can thiệp do dịch bệnh gia tăng.

Triển khai XN kháng định tại tuyến huyện là đem lại cái lợi ích dịch vụ y tế gần nhất cho bệnh nhân và bệnh nhân tiếp cận dịch vụ y tế nhanh nhất và tránh chi phí đi lại cho nhân viên (Cán bộ xét nghiệm, nam, 38 tuổi, PVS3).

Tính bền vững mô hình:

Một mô hình can thiệp muốn triển khai bền vững thì phục thuộc vào sự đồng thuận của các cấp trong triển khai, niềm tin của khách hàng vào chất lượng dịch vụ sẽ dẫn tới việc tăng sử dụng dịch vụ, sự quyết tâm và trách nhiệm của cán bộ y tế. Kết quả nghiên cứu định tính ý kiến từ các bên liên quan cho thấy:

Mô hình can thiệp nhận được sự quan tâm chỉ đạo thống nhất từ Sở Y tế đến tận tuyến xã.

Sự chỉ đạo là xuyên suốt nên triển khai kết hợp đồng bộ và liên hoàn, phát huy được hiệu quả tối đa mô hình và tổ chức triển khai trở lên thuận lợi, đơn giản.

Nói chung là từ trước đến nay thì sự phối hợp chỉ đạo theo tuyến, theo chuyên ngành từ sở y tế rồi là trung tâm AIDS đến Trung tâm y tế huyện rồi đến trạm y tế xã thì nó liền 1 mạch rồi... nó đúng tinh thần là thế, nó rất là đơn giản, rất là thuận lợi (Trưởng khoa điều trị, nam, 50 tuổi, PVS13).

Mô hình đã gây được niềm tin cho khách hàng và cán bộ y tế.

Qua thời gian can thiệp mô hình ngày càng thu hút khách hàng đến sử dụng dịch vụ, bản thân cán bộ y tế cũng tạo dựng được niềm tin vào thành công của mô hình.

Có những người thì làm ở đây rồi vẫn chưa tin lắm, vẫn phải xuống dưới tình làm lại cho chắc, thế nhưng tôi cho rằng việc này chỉ chiếm thiểu số, phần ít thôi chứ không nhiều (Trưởng khoa điều trị, nam, 50 tuổi, PVS13).

Mô hình được kiến nghị nhân rộng.

Từ kết quả nghiên cứu, các cán bộ có liên quan cũng cho rằng nên nhân rộng mô hình, để mang lại lợi ích cho bệnh nhân và hệ thống y tế.

Em nghĩ là với những người mà có tâm huyết với XN với bệnh nhân thì mô hình này nên nhân rộng ra vì cái này có lợi cho bệnh nhân rất là nhiều (Cán bộ xét nghiệm, nam, 38 tuổi, PVS3).

Mô hình POCT được xây dựng và triển khai trên cơ sở trang thiết bị, con người, cơ sở vật chất sẵn có, như vậy đầu tư với chi phí thấp nhưng hiệu quả cao, khả năng duy trì là bền vững. Đồng thời trong bối cảnh hiện tại việc lồng ghép xét nghiệm HIV với bảo hiểm y tế, gói dịch vụ y tế cơ bản sẽ từng bước khắc phục được việc thiếu nguồn lực cho công tác phòng, chống HIV/AIDS hiện nay trong đó có công tác xét nghiệm HIV.

3.3.2.2. Những yếu tố ảnh hưởng đến việc triển khai mô hình can thiệp

Qua phân tích đánh giá ở phần 3.3.1.1 mô hình đã chứng minh được khả thi ở các địa bàn khó khăn, tuy nhiên để đảm bảo được việc hoàn thiện và duy trì can

thiệt, cần phải chú trọng một số các yếu tố có thể ảnh hưởng đến chất lượng, sự liên tục hoặc thất bại của mô hình, như sau:

Sinh phẩm vật tư trang thiết bị xét nghiệm HIV

Đặc điểm sinh phẩm gặp dương tính giả trong một số trường hợp.

Sinh phẩm sử dụng trong mô hình là các sinh phẩm nhanh, nếu cán bộ xét nghiệm làm không cẩn thận, đọc quá thời gian quy định có thể gây ra phản ứng dương tính giả, một số trường hợp trên các mẫu của PNMT cũng có thể gây ra phản ứng dương tính giả. Một số trường hợp cho tình trạng phản ứng không rõ ràng như dương tính yếu gây khó khăn cho quá trình biện luận kết quả của cán bộ xét nghiệm. Kết quả dương tính giả nếu không được nhìn nhận và phân tích dễ gây ra những hiểu lầm cho bệnh nhân, người cung cấp dịch vụ, đặc biệt là ở những nơi thiếu cán bộ còn thiếu kinh nghiệm và trình độ, điều đó dẫn đến việc e ngại sử dụng sinh phẩm, cảm thấy chưa hoàn toàn tin tưởng và muốn áp dụng mô hình tại địa phương.

Dương tính giả trong một số nhóm phụ nữ mang thai, trẻ em 10 tuổi, chạy mẫu khó không xác định như khi áp dụng cho giám sát trọng điểm (Trường khoa xét nghiệm tỉnh, nữ, 50 tuổi, PVS16).

Hướng dẫn sử dụng sinh phẩm chưa chi tiết đầy đủ.

Các sinh phẩm nhanh áp dụng trong mô hình được sản xuất/đóng gói tại nước ngoài và nhập về Việt Nam, nên có thể do sơ xuất thiếu bản hướng dẫn sử dụng bằng tiếng Việt đính kèm, gây khó khăn cho quá trình đọc hiểu và áp dụng theo hướng dẫn của các cán bộ xét nghiệm, đặc biệt ở khu vực miền núi, đại bộ phận là cán bộ trung cấp, tuổi cũng đã lớn, không biết tiếng Anh, dẫn tới nguy cơ trở ngại không muốn sử dụng mô hình.

Nói thật ra ở cơ sở tiếng anh thì hạn chế, chủ yếu nhìn các điểm mốc của, ví dụ như thời gian, nhỏ mẫu thì nhìn những giọt với lại thời gian để định, thôi chứ còn tiếng anh bọn tớ cũng rất hạn chế nên nhiều khi đọc cũng rất khó khăn những cái sinh phẩm (Trường khoa xét nghiệm huyện, nữ 51 tuổi, PVS1).

Một số sinh phẩm hướng dẫn sơ sài, không chi tiết quy trình thực hiện gây khó khăn cho người dùng, dễ gây nhầm phương pháp cách thức thực hiện, cán bộ xét nghiệm phải đối chiếu với quy trình được đào tạo hỗ trợ gây thêm công đoạn thực hiện. Nếu không có quy trình chuẩn cho các tuyến, quy trình không được dán và để

ở nơi dễ tiếp cận, sẽ có nguy cơ sai sót xảy ra trong quá trình thực hiện, đặc biệt trong trường hợp cán bộ chưa có kinh nghiệm.

Có nghĩa là trong hướng dẫn của nhà sản xuất thì thiếu phần hướng dẫn kỹ thuật thực hiện của mình (Cán bộ xét nghiệm, nữ 53 tuổi, PVS2).

Cung ứng sinh phẩm/vật tư tiêu hao/trang thiết bị chưa phù hợp. Do là giai đoạn thí điểm, các đơn vị lần đầu tham gia cung cấp xét nghiệm khẳng định HIV, việc cung ứng sinh phẩm cũng thay đổi như: từ phân phối/nhận 1 loại sinh phẩm để sàng lọc, sang 3 loại sinh phẩm khác nhau từ các nhà sản xuất khác nhau; cách thức đóng gói, phân bổ các vật tư tiêu hao đi kèm cũng thay đổi. Công tác cung ứng/phân bổ sinh phẩm giai đoạn đầu chưa thành thực, trơn tru, dẫn tới việc có những giai đoạn thiếu sinh phẩm, vật tư tiêu hao đi kèm làm cho việc cung cấp dịch vụ bị gián đoạn và không kịp thời. Tăng trách nhiệm cho cán bộ y tế, giảm mức độ hài lòng của khách hàng. Ảnh hưởng đến hiệu quả, thành công của mô hình can thiệp.

Thiếu vật tư tiêu hao đi cùng sinh phẩm nên không đủ để vật liệu để thực hiện xét nghiệm, ảnh hưởng đến: chất lượng xét nghiệm, trì hoãn cung cấp xét nghiệm cho bệnh nhân, gián đoạn dịch vụ tại cơ sở; thực hiện các xét nghiệm khác khi phải vay mượn vật tư tiêu hao để xét nghiệm HIV; đi xét nghiệm tại cộng đồng khó khăn đặc biệt trong các trường hợp bệnh nhân dương tính phải lấy mẫu và lưu mẫu làm khẳng định HIV. Làm căng thẳng cho cán bộ thực hiện dẫn tới tình trạng không muốn thực hiện hoặc thực hiện không đảm bảo chất lượng.

Về vật tư tiêu hao bây giờ ở trong mỗi một hộp này có ống hút, có kim chích có còn ở đây chứ còn những năm trước là họ cấp bơm kim tiêm cho mình, bơm kim tiêm với lại gang tay, thế nhưng sang đến năm 2016 này thì có mỗi đi theo hộp sinh phẩm này thôi... Thực ra từ trước đến giờ bọn mình cũng toàn lấy kim, phân đa là mình tiết kiệm từ các chương trình nó còn dôi ra một ít thì mình cũng làm thôi.... Đi cơ sở nếu mà đi thế này, nếu ở cơ sở có trường hợp dương tính thì đúng là rất bất tiện trong việc lấy máu bệnh nhân (Trưởng khoa xét nghiệm, nữ 51 tuổi, PVS1).

Trang thiết bị cung cấp trong mô hình không đồng bộ, thường tận dụng trang thiết bị sẵn có chưa phù hợp chấp vá dẫn tới việc thực hiện xét nghiệm khó khăn, chậm tiến độ triển khai can thiệp, quản lý đảm bảo chất lượng xét nghiệm trong mô hình bị ảnh hưởng, sự không hài lòng của người sử dụng dịch vụ.

Trang thiết bị nó cũng chưa được đồng bộ hóa cho lắm (Trưởng khoa điều trị, nam, 50 tuổi, PVS13).

Còn phân bổ nhiều sinh phẩm cận hạn, dẫn tới việc phải điều chuyển lên làm xét nghiệm sàng lọc để tránh hết hạn và nguy cơ dẫn đến thừa sàng lọc, thiếu sinh phẩm

khẳng định nếu triển khai lâu dài, gây lãng phí, ảnh hưởng đến chất lượng xét nghiệm, dễ có nguy cơ sai sót không chính xác kết quả. Khu vực vùng núi đi lại khó khăn, số lượng mẫu ít, trong khi việc mua sắm tập trung theo đợt, nên dẫn tới tình trạng không ổn định, lúc nhiều, lúc ít, cấp phát thụ động.

Nhưng mà test người ta cung cấp lên hạn còn rất là ngắn khoảng 3 đến 4 tháng thôi (Cán bộ xét nghiệm, nam 38 tuổi, PVS3).

Một số giai đoạn, việc mua sắm sinh phẩm khó khăn, phân bổ chưa kịp thời dẫn tới thiếu sinh phẩm, không duy trì được sự liên tục khi cung cấp dịch vụ, làm giảm mức độ hài lòng, không xét nghiệm kịp thời cho bệnh nhân làm cho bệnh nhân phải chờ đợi hoặc quay trở lại mô hình SLab.

Về cái sinh phẩm có những lúc mình vẫn còn thiếu (Trưởng khoa điều trị, nam, 50 tuổi, PVS13).

Có những nơi, tính chủ động đã thay đổi, lãnh đạo sẵn sàng duyệt cho mua sinh phẩm bổ sung, tuy nhiên năng lực hiểu biết của cán bộ về sinh phẩm lại hạn chế, việc hướng dẫn, cập nhật danh mục sinh phẩm được phép sử dụng chưa phổ cập, nên cán bộ không biết liên hệ ai hoặc không biết mua sinh phẩm gì.

Bây giờ mình dự trù mua mà các nhà cung ứng lại không hiểu được các sinh phẩm nào được phép sử dụng, lưu hành trên thị trường, cái nào đảm bảo sự nhất là sinh phẩm như thế (Trưởng khoa xét nghiệm, nữ, 51 tuổi, PVS1).

Tổ chức hệ thống/chính sách y tế

Thay đổi tổ chức nhân sự, cơ chế phối hợp chưa thuận lợi.

Sự thay đổi về tổ chức, nhân sự cũng là thách thức đến việc triển khai mô hình như việc sắp xếp lại phòng ốc, trụ sở làm xét nghiệm, chuyển giao tài liệu, chuyển giao nhân sự nên nhiều khi phải đào tạo lại, tâm lý xáo trộn không yên tâm công tác, làm chậm kế hoạch triển khai can thiệp, vừa làm vừa cầm chừng, khó khăn trong việc xin phê duyệt và tổ chức thực hiện kế hoạch can thiệp tại đơn vị cũ, đơn vị mới thì chưa hiểu và chưa thể tiếp nhận được ngay hoặc thậm chí không ưu tiên thực hiện.

Nhưng sắp tới sẽ có một sự thay đổi đó là sự sáp nhập, chúng tôi sẽ có ý kiến với đơn vị mới vì chúng tôi đã mất công rất là nhiều để xây dựng cơ sở xét nghiệm khẳng định HIV này (Nhóm cán bộ y tế, TLN2).

Việc phối hợp giữa các đơn vị y tế chưa thật thuận lợi, tình trạng tích hợp vào hệ thống y tế chung còn khó khăn, dẫn đến tình trạng đùn đẩy không muốn triển khai mô hình, lợi ích nhóm, bất đồng quan điểm giữa các đơn vị y tế trên địa bàn

can thiệp, dẫn tới nguy cơ đặt cơ sở can thiệp không phù hợp, không phát huy được hiệu quả.

Cái bất cập thứ nhất cũng như lúc đầu tôi nói đó là phòng xét nghiệm ở bên bệnh viện, họ phải làm rất nhiều chức năng, cái thứ 2 nữa là quá trình tiếp cận với khách hàng để mà tìm đến cái 90 thứ nhất thì đặt ở bệnh viện nó sẽ khó hơn (Trưởng khoa điều trị, nam, 50 tuổi, PVS13).

Vì lợi ích nhóm, có một số nơi lại muốn đặt ở đơn vị mình, chưa đặt lợi ích cho khách hàng và hiệu quả mô hình, lợi ích cộng đồng lên trên, dẫn tới có triển khai mô hình nhưng lại khó tiếp cận cho khách hàng, hoặc không thân thiện, không phát huy được hiệu quả.

Nên chuyển sang bệnh viện, vì bệnh viện có mấy cái tiện là XN tư vấn nếu mà cần khám XN nhiễm trùng cơ hội bệnh viện có tất cả các chuyên khoa có thể khám được” (Bác sỹ điều trị, nam 30 tuổi, PVS14).

Các hướng dẫn/quy trình chuyên môn chưa thống nhất, đồng bộ và phù hợp.

Quy định quá nhiều báo cáo cùng một nội dung hoạt động cho các đơn vị và tổ chức khác nhau. Số liệu báo cáo chưa tích hợp điện tử, chưa chia sẻ dữ liệu làm mất thời gian của cán bộ, gây lãng phí nguồn lực, chưa hiệu quả trong theo dõi, đánh giá chương trình, quản lý sử dụng số liệu xét nghiệm HIV trong giám sát dịch, lập kế hoạch can thiệp.

Bây giờ thì mỗi chương trình một báo cáo khác nhau nếu mà Bộ cũng phải nghiên cứu tất cả các báo cáo cùng một biểu mẫu như thế sẽ thuận tiện cho anh em về mặt thời gian công tác báo cáo, nên rất khó cho anh em để cập nhật các báo cáo (Trưởng khoa xét nghiệm, nữ, 51 tuổi, PVS1).

Chưa đồng bộ sổ sách ghi chép hoạt động xét nghiệm đảm bảo tính liên kết giữa các tuyến huyện và xã, giữa dự án và chương trình quốc gia, làm cản trở việc đối chiếu thông tin khách hàng, khi theo dõi từ quá trình từ tư vấn xét nghiệm và chuyển gửi điều trị:

Bộ sổ sách tuyến huyện và xã chưa thống nhất giữa việc sổ sách kê cả dự án phải đồng bộ với hướng dẫn quốc gia (Trưởng khoa xét nghiệm tỉnh, nữ, 50 tuổi, PVS16).

Quy trình hướng dẫn chưa được xây dựng phù hợp với đặc điểm dân cư chủ yếu là dân tộc thiểu số hiểu biết tiếng phổ thông hạn chế, nên dẫn tới việc không truyền tải được hết thông điệp nội dung cần tư vấn, khách hàng hiểu sai, hạn chế tiếp cận hoặc không thực hiện kết nối sau xét nghiệm.

Có hạn chế của bọn em là chỗ tư vấn, nếu mà học đúng theo tuần tự thì chắc chắn mình tư vấn theo như thế thì họ chả hiểu gì đâu, người trên đây kể cả nói tiếng Trung tiếng Kinh họ chả biết gì ấy chứ (Cán bộ tư vấn, nữ, 42 tuổi, PVS4).

Thiếu quy định cụ thể cung cấp kết quả xét nghiệm của bệnh nhân cho những cán bộ có liên quan kịp thời làm gián đoạn quá trình cung cấp dịch vụ, ảnh hưởng đến kết quả can thiệp. Điều này cho thấy cần phải xây dựng quy trình/quy chế phối hợp chia sẻ thông tin giữa các khoa phòng, các cán bộ có liên quan trong quá trình cung cấp dịch vụ cho khách hàng.

Một cái kết quả ra thì mình có thể đưa cho bệnh nhân 1 cái, đưa cho phòng tư vấn 1 cái và 1 cái lưu ở phòng xét nghiệm, người tư vấn không có thì ít nhất cũng cho em thấy cái kết quả đó (Cán bộ tư vấn, nữ, 42 tuổi, PVS4).

Chính sách/cơ chế hỗ trợ chưa khuyến khích tạo điều kiện được cán bộ y tế.

Đây là các khu vực khó khăn, tình nghèo nên ngân sách chi trả cho các hoạt động chuyên môn hạn chế: Thiếu kinh phí chi trả công thực hiện xét nghiệm, công tác phí cho cán bộ đi thôn bản, nên không khuyến khích động viên được người làm xét nghiệm đặc biệt trong lĩnh vực xét nghiệm nguy cơ cao là HIV.

Bọn em ở trên huyện Mường Lát mà có xuống thôn bản mà có 1 ít kinh phí thì tốt hơn (Cán bộ xét nghiệm, nam, 38 tuổi, PVS3).

Nếu mà có tiền công như thế thì sẽ khuyến khích anh em làm hơn, sẽ tốt hơn, kể cả là không có thì vẫn phải làm, nếu như thế thì sẽ khuyến khích anh em hơn (Trưởng khoa xét nghiệm, nữ, 51 tuổi, PVS1).

Thiếu ngân sách cho thực hiện quản lý đảm bảo chất lượng như hiệu chuẩn, hiệu chỉnh trang thiết bị, thực hiện ngoại kiểm, nguy cơ dẫn tới chất lượng xét nghiệm không được kiểm soát liên tục, không phát hiện được lỗi sai hệ thống có thể trả kết quả không chính xác cho bệnh nhân. Sau can thiệp, đơn vị phải chịu trách nhiệm khẳng định tình trạng nhiễm, nếu không đảm bảo kiểm soát chất lượng xét nghiệm sẽ gây tâm lý lo lắng cho cán bộ thực hiện và ngại thực hiện mô hình. Đặc biệt ở các cơ sở có số lượng bệnh nhân ít, miễn phí xét nghiệm sẽ khó khăn trong việc thực hiện cơ chế “lấy thu bù chi” để thực hiện công tác đảm bảo chất lượng xét nghiệm.

Nhất là về phần công tác ngoại kiểm ý thì đúng ra là phần kinh phí của đơn vị còn hạn hẹp, ngoại kiểm về phần công tác xét nghiệm khác, lượng bệnh nhân nó không đông này không đủ...thì hiện tại đang vướng hạn chế của bọn mình là phần công tác ngoại kiểm các kỹ thuật xét nghiệm (Trưởng khoa xét nghiệm, nữ, 51 tuổi, PVS1).

Chưa vận dụng hướng dẫn các quy định cụ thể hoặc các hiệp hội để bảo vệ người làm nghề trong các tình huống rủi ro chuyên môn có thể xảy ra, điều này làm cho cán bộ thực hiện lo lắng và sợ nguy cơ rủi ro chuyên môn nên ngại triển khai mô hình.

Ví dụ khi không may xảy ra trong sai sót chuyên môn thì ông Y tế có thể đứng ra bảo vệ anh em về lĩnh vực nào, mình rất muốn có ý kiến về phần xét nghiệm HIV này cả về phần công tác mình làm cái gì đấy không may bệnh nhân bức xúc đập đánh cán bộ y tế thì cần cái luật, nghị định để bảo vệ anh em (Trưởng khoa xét nghiệm, nữ, 51 tuổi, PVS1).

Người cung cấp dịch vụ

Tâm lý lo sợ và căng thẳng về việc thực hiện xét nghiệm khẳng định HIV.

Sau can thiệp POCT khẳng định HIV, kết quả xét nghiệm khẳng định sẽ do cơ sở ký và trả cho bệnh nhân, chứ không phải dựa vào kết quả của tuyến trên như trước can thiệp do đó cán bộ xét nghiệm phải chịu trách nhiệm trước bệnh nhân, trước cơ quan về kết quả xét nghiệm khẳng định HIV do mình làm. Điều đó làm cho các cán bộ căng thẳng và lo sợ về trách nhiệm của bản thân, sợ không tập trung, sai sót bước dẫn tới làm xét nghiệm sai, cung cấp kết quả sai cho bệnh nhân, ảnh hưởng đến việc chăm sóc sức khỏe cho bệnh nhân, uy tín của bản thân, cơ quan/ngành. Đồng thời thời gian triển khai can thiệp ngắn, kinh nghiệm thực hiện chưa nhiều, nên giai đoạn đầu phần lớn các cán bộ đều cảm thấy áp lực hơn, tuy nhiên sau khi được đào tạo, hỗ trợ và rèn luyện thực hành, các cán bộ có thể vượt qua được những cản trở ban đầu để tự tin triển khai các hoạt động.

Đặc biệt là em chịu trách nhiệm làm thì cũng có áp lực một chút, là lo lắng chỉ sợ những lúc mình tập trung thì không sao, những lúc mình không tập trung phân bố thời gian thì kết quả nó sai như ý có nghĩa là lo lắng (Cán bộ xét nghiệm, nữ, 53 tuổi, PVS2)

Thiếu kiến thức/kỹ năng có liên quan đến xét nghiệm HIV.

Do trình độ năng lực của cán bộ ở khu vực vùng sâu và xa còn hạn chế, khả năng tiếp cận thông tin kiến thức không nhiều, thực hiện công việc theo lối quen và tư duy cũ nên dẫn tới tình trạng phải đào tạo nhiều lần mới có thể triển khai được can thiệp.

Hồi đó cũng chưa có năng lực nào về xét nghiệm cả...đào tạo được 2 lần, lần thứ 1 là đào tạo làm sao biết được xét nghiệm thông thường, lần sau là đào tạo về xét nghiệm khẳng định HIV (CBYT, TLN2).

Việc thiếu kiến thức và kỹ năng về quản lý đảm bảo chất lượng xét nghiệm làm cho cán bộ chưa có đủ kỹ năng phát hiện nguy cơ và đưa các giải pháp dự phòng và khắc phục sai sót. Do vậy sai sót có thể xảy ra không chỉ ở giai đoạn đầu can thiệp mà có thể bất cứ giai đoạn nào, nếu không duy trì liên tục công tác quản lý đảm bảo chất lượng xét nghiệm. Như vậy cho thấy việc cần thiết phải đào tạo lại, đào tạo nâng cao về quản lý đảm bảo chất lượng cho cán bộ xét nghiệm trong mô hình.

Nhiều lúc bản thân em cũng có khi bị sai không thể tránh khỏi được, được đào tạo cơ bản về quản lý chất lượng để kiểm soát được làm sao mà kết quả đầu ra được chính xác tránh được sai sót (Cán bộ xét nghiệm, nam, 38 tuổi, PVS3).

Sai sót xét nghiệm có thể xảy ra ở mọi khâu của quá trình từ lấy mẫu, thực hiện xét nghiệm, đọc biện giải kết quả, ghi chép lưu trữ hồ sơ, thông báo kết quả, việc sai sót làm cho nhân viên phải thực hiện đi thực hiện lại, gây lãng phí, giảm uy tín của cơ sở, lòng tin của khách hàng. Dẫn đến tình trạng khách hàng không quay trở lại xét nghiệm, trì hoãn xét nghiệm, phát hiện nhiễm HIV ở giai đoạn muộn, mất dấu khách hàng và giảm sút hiệu quả mô hình can thiệp.

Lấy mẫu bị hỏng hẹn bệnh nhân quay lại lấy lần nữa thì rất khó, họ đau và sợ, không quay lại lần 2 để lấy (Cán bộ điều trị, nữ, 35 tuổi, PVS15).

Thói quen làm công việc đơn giản, ít trách nhiệm, ngại thay đổi.

Đặc thù phần lớn là cán bộ đã lớn tuổi, làm việc khu vực miền núi lâu, quen làm công việc đơn giản khi làm xét nghiệm sàng lọc HIV (kỹ thuật xét nghiệm đơn giản; không phải chịu trách nhiệm cao về kết quả xét nghiệm vì đã có tuyển trên làm xét nghiệm khẳng định lại; ghi chép lưu trữ hồ sơ đơn giản chỉ 1 sổ sách). Khi triển khai can thiệp xét nghiệm khẳng định HIV phải thực hiện 3 kỹ thuật; phải phân tích biện giải để cho kết quả trả cho bệnh nhân; ghi chép hồ sơ phức tạp hơn với 5 biểu mẫu sổ sách; lưu mẫu quản lý mẫu chặt chẽ hơn, do đó các cán bộ này ngại thay đổi, khó thích nghi kỹ thuật mới, khó chấp nhận mô hình hoặc có xu hướng làm cho đơn giản và cắt giảm các khâu/bước trong quy trình, dẫn đến cản trở thực hiện mô hình hoặc thực hiện mô hình không chất lượng.

Nói thật với chị cái XN sàng lọc cũng đơn giản thôi. Bây giờ thì phải tư vấn kĩ hơn 1 chút, làm cẩn thận hơn 1 chút mới đầu thì thấy hơi khó chịu nhưng dần dần thấy đỡ và tự tin rồi (Cán bộ xét nghiệm, nam 38 tuổi, PVS3).

Ngoài ra tình trạng cả nể, ngại va chạm nên việc thay đổi điều chuyển những cán bộ không đáp ứng được yêu cầu mới vẫn xảy ra, trong khi chủ yếu khu vực này cán bộ xét nghiệm là kỹ thuật viên đã làm lâu năm, thích ứng với những kỹ thuật đòi hỏi mới khó khăn, việc thay đổi tư duy thói quen cũ không dễ dàng. Đây cũng là một trong các yếu tố làm chậm quá trình triển khai can thiệp ở khu vực miền núi vùng sâu.

Bất cập về mặt tổ chức vì các đơn vị phần lớn là cán bộ KTV lâu năm lên lão làng nên rất khó trong việc điều chỉnh nhân viên (Trưởng khoa xét nghiệm, nữ, 50 tuổi, PVS16).

Thiếu trao đổi chuyên môn, chia sẻ thông tin giữa các cán bộ/bộ phận trong cơ sở can thiệp.

Phần lớn các cán bộ trong từng khâu mắt xích của chuỗi cung cấp dịch vụ từ cán bộ tư vấn, xét nghiệm, điều trị đều phản hồi về việc thiếu kết nối chia sẻ thông tin nên chưa nâng cao được hiệu quả can thiệp mô hình. Cụ thể như sau:

Thiếu sự phối hợp trao đổi thông tin giữa các khoa xét nghiệm và khoa điều trị trong việc theo dõi từng trường hợp bệnh nhân, nên việc theo dõi phối hợp tăng cường kết nối sau xét nghiệm chưa triệt để.

Cái sự trao đổi thông tin qua lại giữa 2 bên cần chặt chẽ hơn...và có phần nào chưa rõ hoặc băn khoăn thì có thể trao đổi với nhau sẽ tốt hơn, nếu cứ im im như thế thì bọn em cứ băn khoăn bệnh nhân có cảm đến hay không (Cán bộ khoa xét nghiệm, nam, 38 tuổi, PVS12)

Thiếu việc chia sẻ thông tin, trao đổi chuyên môn định kỳ trong khoa để từ đó phát hiện và khắc phục những thiếu sót trong quá trình thực hiện can thiệp. Nên gây khó khăn cho việc theo dõi bệnh nhân, không tuân thủ các quy định về ghi chép biểu mẫu hồ sơ sổ sách, không đáp ứng các điều kiện thực hiện can thiệp, dẫn đến chậm được phép triển khai mô hình vì cần có thời gian khắc phục tồn tại.

Hàng tuần nên giao ban 1 buổi để trao đổi còn thiếu sót trong phòng khám, ví dụ vẫn còn bắt cập khi in chỉ định hoặc xét nghiệm trả nhầm kết quả lẫn các khoa và thiếu kết quả (Cán bộ điều trị, nữ, 35 tuổi, PVS15)

Thiếu minh bạch thông tin trong các trường hợp cần thêm thời gian để rà soát kết quả xét nghiệm, thông tin không được cập nhật đến cán bộ điều trị, dẫn tới việc thiếu hiểu biết thông cảm chia sẻ khó khăn cho nhau, khó khăn trong tư vấn củng cố niềm tin vào cơ sở cung cấp dịch vụ và tăng cường kết nối điều trị sớm, gia tăng nguy cơ có thể mất dấu khách hàng.

Có một số trường hợp cũng có thắc mắc, thấy bảo hôm trước đi làm hôm sau có kết quả ngay, nhưng những trường hợp kia không biết rà soát hay cái gì đấy thì cũng không biết, thì tôi mới hỏi lại để khẳng định chứ mình cũng không có ý gì, tại vì nghĩ nó là test nhanh mà không đến nổi là 5-7 ngày (Cán bộ điều trị, nữ, 45 tuổi, PVS 10).

Đặc điểm khách hàng xét nghiệm ở khu vực vùng núi

Đặc điểm điều kiện hoàn cảnh sống khó khăn.

Phần lớn là người nghèo, sống ở những vùng đi lại khó khăn nên ngại tiếp cận sử dụng các dịch vụ y tế chung và HIV nói riêng từ đó dẫn đến hạn chế tiếp cận với những mô hình dịch vụ tại khu vực trung tâm cách xa nơi sinh sống.

Thực ra cái quan trọng nhất là việc đi lại của họ thôi, chứ bây giờ dân họ cũng nghèo lắm, đây là huyện nghèo mà (Trưởng khoa điều trị, nam, 50 tuổi, PVS13).

Đa phần có trình độ dân trí thấp, không hiểu biết tiếng phổ thông, nên không hiểu được nội dung tuyên truyền/tư vấn, không hiểu được HIV và hành vi nguy cơ cũng như tầm quan trọng của xét nghiệm HIV sớm. Như vậy, triển khai mô hình can thiệp cần tích hợp với các hình thức tuyên truyền/tư vấn phù hợp cho đồng bào dân tộc thiểu số để phát huy được hiệu quả nâng cao tiếp cận xét nghiệm ở khu vực vùng núi.

Người trên đây kể cả nói tiếng Trung, tiếng Kinh họ chả biết gì ấy chứ (Cán bộ tư vấn, nữ, 42 tuổi, PVS4).

Đa phần người dân lao động nông nghiệp theo mùa vụ, vì vậy thường không có mặt thường xuyên ở nhà để cho cán bộ y tế có thể tiếp cận vận động xét nghiệm HIV, điều đó cho thấy phải thay đổi cả mô hình tư vấn tuyên truyền vận động đi xét nghiệm HIV vào những thời điểm hợp lý để phát huy hiệu quả mô hình cao hơn.

Ngày mùa giờ hành chính thì không bao giờ tiếp cận được vì ngày mùa, ngày bận của từng thôn từng bản, theo từng mùa của họ (CBYT, TLN3).

Đồng thời không có nghề nghiệp ổn định hoặc là lao động chân tay, lao động tự do nên hay di biến động đến các tỉnh/thành phố có nhiều cơ hội việc làm hơn, điều này dẫn tới tình trạng khó theo dõi, mất dấu bệnh nhân.

Mất dấu ở đây nguyên nhân của họ thứ nhất là họ đi làm ăn chi ả (Cán bộ điều trị, nữ, 35 tuổi, PVS15).

Đặc trưng văn hóa tín ngưỡng còn lạc hậu, chưa cởi mở.

Người dân chủ yếu là người dân tộc thiểu số, sống ở vùng hẻo lánh nên không cởi mở, khó tiếp xúc và lánh tránh người lạ, vì vậy rất khó khăn khi khai thông tin hành vi nguy cơ, trao đổi tư vấn bạn tình/bạn chích, giới thiệu chuyển tiếp điều trị ở các cơ sở khám chữa bệnh đồng người cho khách hàng ở khu vực này.

Khó ở chỗ là khi mà chỉ có anh em ở đây, thân quen nhau thì họ tâm sự bộc bạch họ nói thật, nhưng khi xuất hiện người lạ là họ lảng tránh, họ lảng tránh rất nhiều vấn đề...(Trưởng khoa điều trị, nam, 50 tuổi, PVS13).

Có một số phong tục tập quán lạc hậu gây trở ngại cho việc tiếp cận, thực hiện xét nghiệm HIV như không cho việc lấy máu, trong khi đây là khu vực giáp ranh biên giới, tệ nạn nghiện thuốc phiện nhiều nguy cơ lây nhiễm HIV khá cao.

Người Mông theo đạo thì gần như là cấm kỵ cái việc mà lấy máu nhưng đối tượng này nghiện là nhiều nên là rất là khó để vận động...(Cán bộ xét nghiệm, nam, 38 tuổi, PVS3).

Hiểu biết, niềm tin về dịch vụ y tế địa phương hạn chế.

Phần lớn người dân có thói quen suy nghĩ về năng lực y tế địa phương còn hạn chế, hoặc chưa được tuyên truyền quảng bá về dịch vụ, chưa thật sự tin tưởng mô hình can thiệp vì thế đã lựa chọn đi xét nghiệm HIV ở những tuyến cao hơn, gây khó khăn cho việc theo dõi, quản lý người nhiễm HIV trên địa bàn, từ đó khó cho việc khai thác các mạng lưới có nguy cơ liên quan như bạn tình/bạn chích và theo dõi điều trị.

Có những người thì làm ở đây rồi vẫn chưa tin lắm, vẫn phải xuống dưới tỉnh làm lại cho chắc...(Trưởng khoa điều trị, nam, 50 tuổi, PVS13).

3.3.2.3. Những vấn đề bất cập và kiến nghị điều chỉnh về mô hình.

Để mô hình có thể triển khai hiệu quả hơn và áp dụng được rộng rãi, qua quá trình can thiệp từ ý kiến của các bên liên quan cho thấy cần hiệu chỉnh một số đặc điểm của mô hình.

Các Điều kiện triển khai mô hình còn cao so với hoàn cảnh thực tế địa phương.

Tiêu chuẩn yêu cầu cán bộ tham gia mô hình cao.

Theo quy định, cán bộ phụ trách xét nghiệm phải có trình độ đại học, có kinh nghiệm thực hiện xét nghiệm HIV trên 6 tháng, cao hơn so với mặt bằng chung của các đơn vị tuyến dưới. Nhiều đơn vị khó bố trí sắp xếp cán bộ nên chưa đáp ứng đủ và kịp thời làm chậm quá trình triển khai can thiệp hoặc không thể triển khai được mô hình.

Nếu mà được thay đổi thì theo em nó không cần bắt buộc phải là bác sĩ chẳng hạn như chỗ em bác sĩ chỉ là trên danh nghĩa trách nhiệm chính vẫn là 2 anh em chúng em thì nếu mà được thay đổi thì theo em nên tổ chức một lớp đào tạo ngắn rồi cho thi sát hạch nếu mà đạt thì được công nhận (Cán bộ xét nghiệm, nam, 38 tuổi, PVS3).

Trong khi tại địa phương thiếu hụt số lượng nhân sự, xu thế nghề nghiệp thường lựa chọn các lĩnh vực để có lợi nhuận cao, có cơ hội phát triển như khám chữa bệnh...nên việc điều phối phân bổ cán bộ đủ theo tiêu chuẩn không phải đơn vị nào cũng thực hiện được.

Khó khăn nhất nhân lực, cán bộ đang đi học, thực tế số lượng bác sĩ tính nhiều nhưng lại toàn bác sĩ y tế dự phòng (CBYT, TLN3).

Tiêu chuẩn về cơ sở vật chất chưa phù hợp/thống nhất.

Tiêu chuẩn quy định về phòng, tường, sàn, bàn xét nghiệm còn cao, chưa thống nhất giữa quy định về HIV và các xét nghiệm HIV như các vấn đề về an toàn sinh học làm chậm tiến độ xây dựng mô hình can thiệp.

Để đảm bảo 1 phòng khám định xét nghiệm HIV thì yêu cầu là phải đạt an toàn cấp 1.0, nhưng đề 1 TTYT tuyến huyện đề 1 phòng xét nghiệm thì phải đạt an toàn cấp 2...các huyện đã cố gắng rất là nhiều (CYT, TLN1).

Hoàn cảnh các địa phương, cơ sở vật chất cũ, lạc hậu không phù hợp với quy định nên phải sửa chữa, trong khi cán bộ chịu trách nhiệm lại chưa hiểu rõ về quy định nên dẫn tới tình trạng phải sửa chữa nhiều lần, làm chậm tiến độ và gián đoạn kế hoạch triển khai can thiệp.

Chúng tôi phải chuyển 03 phòng, phòng đầu tiên là ghép vào cái phòng xét nghiệm của Methadone...nhưng đoàn kiểm tra nói không đủ kích thước, chuyển sang một phòng khác, thì mặt tường không đảm bảo lại chuyển sang một phòng nữa...(CBYT, TLN2).

Các hướng dẫn chuyên môn trong mô hình còn một số điểm chưa phù hợp.

Sổ sách biểu mẫu báo cáo chưa đơn giản, tinh gọn.

Ghi chép lưu trữ hồ sơ, báo cáo thực hiện thủ công phức tạp nên cần đơn giản hóa và tiến tới điện tử hóa để tiết kiệm thời gian, đảm bảo thông tin được liền mạch, dễ tra cứu tránh sai sót do ghi chép.

Bây giờ mà có dương tính trả kết quả xong, lại còn lưu mẫu xong, rồi là vào các biểu mẫu của xét nghiệm khẳng định, tốn thời gian hơn chị ạ (Cán bộ xét nghiệm, nữ, 53 tuổi, PVS2).

Phiếu trả kết quả còn bất cập.

Quy định soát xét và phê duyệt kết quả xét nghiệm HIV vẫn cần tới nhiều chữ ký, cần phê duyệt của Thủ trưởng đơn vị gây ra việc chậm trả kết quả cho bệnh nhân, vì vậy cần đơn giản hóa việc phê duyệt và công nhận kết quả xét nghiệm HIV, để đảm bảo việc rút ngắn thời gian và mang lại kết quả nhanh nhất cho bệnh nhân.

Cũng có nhiều cái cũng có lúc chị trưởng khoa vắng cũng có lúc lãnh đạo vắng rất là khó cho bệnh nhân, có những người ở xa thì người ta sẽ không hài lòng lắmví dụ như bên khoa thì nhân viên trong khoa là người trực tiếp làm xét nghiệm có thể ký thay được thì rất là tốt, thuận lợi cho bệnh nhân rất là nhiều đấy ạ (Phó khoa tư vấn, nam 40 tuổi, PVS8).

Tài liệu đào tạo chưa tương thích.

Tài liệu đào tạo còn mang tính hàn lâm, chưa thân thiện dễ hiểu nên cần phải chỉnh sửa ngắn gọn, đơn giản hoặc có những hình thức trực quan sinh động phù hợp với những vùng trình độ cán bộ y tế chưa cao, việc tiếp cận thông tin và kỹ thuật còn hạn chế.

Lúc đầu đọc thì thấy hơi khó hiểu, nhưng mà bây giờ qua thời gian tham gia nhiều thì em thấy cũng dễ (Cán bộ xét nghiệm, nam, 38 tuổi, PVS3).

Chương trình ngoại kiểm cần thay đổi.

Theo yêu cầu các đơn vị tham gia mô hình can thiệp cần phải thực hiện ngoại kiểm 2 lần/năm. Tuy nhiên chương trình ngoại kiểm đang sử dụng bộ 10 mẫu chuẩn là mẫu huyết thanh/huyết tương, việc vận chuyển và giao đến những khu vực vùng sâu và xa còn hạn chế đặc biệt là khu vực khó khăn trong giao thương đi lại. Vì vậy một số đơn vị không tham gia được, tham gia muộn, hoặc hỏng bộ mẫu ngoại kiểm, nguy cơ ảnh hưởng đến kiểm soát chất lượng cao. Như vậy, cần nghiên cứu thiết kế và ứng dụng bộ mẫu khô ngoại kiểm cần xem xét khi nhân rộng mô hình ở địa bàn vùng xa/sâu

Ở trên đây bưu điện nó cũng hoạt động không giống những nơi khác do đường xá vận chuyển có những đợt mà tầm tháng 6 tháng 7 thường hay tắc đường thì cũng sẽ chậm.....có những đợt mà đang làm thì có chị ngoài gọi điện báo là hết thời hạn phải hủy kết quả đó (Cán bộ xét nghiệm, nam, 38 tuổi, PVS3).

Hỗ trợ kỹ thuật chưa đồng bộ

Do ưu tiên triển khai can thiệp, nên có nhiều đoàn hỗ trợ kỹ thuật từ Trung ương đến địa phương, tuy nhiên năng lực hỗ trợ kỹ thuật của tuyến tỉnh còn bất cập, nhiều đơn vị chưa được đào tạo thống nhất, việc hỗ trợ tuyến dưới theo tư duy cũ hoặc hình thức, tài liệu hướng dẫn kỹ thuật chưa thống nhất. Dẫn đến các tình trạng: cơ sở không xác định được nhược điểm/ hạn chế để chỉnh sửa, phải sửa chữa hồ sơ sổ sách tài liệu biểu mẫu nhiều lần, ảnh hưởng đến quá trình xây dựng mô hình, gây ra tâm lý không muốn thực hiện.

Lúc đó Giám đốc TTYT cũng rất là lảng, không được thì thôi, bởi vì quá nhiều cái được các đoàn chỉ nhưng không có một cái chính xác nào cả...chúng tôi suốt ngày chỉ có đi thay sổ, thêm sổ thôi (CBYT, TLN3).

Chương 4

BÀN LUẬN

Đây là kết quả từ nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam, đánh giá theo dõi giám sát ca bệnh từ khi đến xét nghiệm HIV đến khi kết nối điều trị ARV tại cơ sở y tế tuyến huyện miền núi phía Bắc, với mô hình xét nghiệm tập trung tại tuyến tỉnh trước can thiệp và mô hình xét nghiệm khẳng định HIV tại huyện sau can thiệp. Kết quả nghiên cứu tạo cơ sở phát triển hệ thống giám sát ca bệnh đầy đủ và cung cấp bằng chứng cho việc đánh giá hiệu quả mô hình và đề xuất các hiệu chỉnh mô hình cần thiết.

4.1. Đặc điểm đối tượng tham gia nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm chung khách hàng xét nghiệm

Kết quả nghiên cứu chỉ ra với sự hỗ trợ của POCT khẳng định HIV tiếp cận được nhiều hơn nhóm khách hàng có hành vi nguy cơ (44%) so với chỉ có một mô hình SLab cụ thể: Kết quả báo cáo hoạt động tư vấn xét nghiệm HIV với mô hình SLab năm 2015 tại tỉnh Điện Biên, Sơn La, Thanh Hóa có tỷ lệ khách hàng có hành vi nguy cơ cao tiếp cận được lần lượt là 39,1%, 33,5%, 16,5% [8]; Nghiên cứu tại Sơn La 2013 khi mô hình SLab đang thực hiện tỷ lệ này là 30,55% [16]; Tương tự nghiên cứu tại Điện Biên, Cần Thơ 2012-2013 tỷ lệ là 31,7% [193]. Tuy nhiên tỷ lệ của nghiên cứu thấp hơn so với kết quả chỉ áp dụng duy nhất mô hình POCT của các nghiên cứu trên thế giới như: Nghiên cứu tại 07 TTYT- Madrid - Tây Ban Nha 2014 có tỷ lệ là 73% [104]; Nghiên cứu tại 3 cơ sở y tế ban đầu tại Chicago 2004 tỷ lệ là 54% [159].

Tuy nhiên từ kết quả nghiên cứu cũng cho thấy có 38% khách hàng không rõ hành vi nguy cơ đến xét nghiệm, cao hơn ở 3 huyện Mường Lát, Quan Hóa, Mộc Châu, điều đó cho thấy chất lượng khai thác thông tin khách hàng chưa tốt, kết quả tương đồng với nhận xét của nghiên cứu tại Sơn La năm 2013 tỷ lệ là 34,1% [16]. Điều này cho thấy đây có thể là nhóm khách hàng ẩn có thể cảm thấy có nguy cơ nên đi xét nghiệm nhưng vẫn còn sợ kỳ thị nên giấu hành vi nguy cơ, điều này cũng cho thấy rõ ở việc không có khách hàng khai nhận là nam quan hệ tình dục đồng

giới trên địa bàn tỉnh. Để làm rõ hơn điều này cần có thêm những nghiên cứu định tính liên quan đến rào cản khai thác hành vi nguy cơ.

Nghiên cứu cho thấy khách hàng nữ đến xét nghiệm nhiều hơn ở một số huyện như Mường Lát (69%), Quan Hóa (55,6%) cao hơn tỷ lệ được báo cáo từ hoạt động tư vấn xét nghiệm HIV (TVXNHIV) áp dụng mô hình SLab trên toàn tỉnh Thanh Hóa năm 2013 (41,3%), năm 2014 (45,7%) [8]. Không có sự khác biệt nhiều về nhóm tuổi khách hàng xét nghiệm, 92,8% khách hàng thuộc nhóm tuổi từ 16-49, thấp hơn không đáng kể so với nghiên cứu tại Điện Biên, Cần Thơ năm 2013 là 97,3% [193], thể hiện đặc thù hành vi nguy cơ cao lây nhiễm HIV phát sinh nhiều ở nhóm tuổi trên.

4.1.2. Thực trạng nhiễm HIV trong nhóm khách hàng và các mối liên quan

Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng cùng với sự tham gia của mô hình POCT khẳng định HIV phát hiện được nhiều người dương tính HIV hơn, tỷ lệ là 3,01%. Kết quả này cao hơn so với báo cáo hoạt động tư vấn xét nghiệm HIV năm 2015, 2016 của toàn quốc với tỷ lệ phát hiện nhiễm HIV lần lượt là 1,2% và 0,7% và tại địa bàn tỉnh Điện Biên là 1,7% và 1,3%, Sơn La là 1,9% và 2,1%, Thanh Hóa là 0,6% và 1% [8]. Từ kết quả nghiên cứu cũng cho thấy thêm bằng chứng dịch HIV có dấu hiệu giảm khi so sánh với báo cáo định kỳ hoạt động tư vấn xét nghiệm HIV năm 2014 tỷ lệ phát hiện HIV dương tính tại Sơn La là 4%, Điện Biên là 4,3% và Thanh Hóa là 3,9% [10]; nghiên cứu tại Quan Hóa và Mường Lát năm 2011 tỷ lệ này là 4,5% [38]; nghiên cứu tại Sơn La năm 2012 tỷ lệ này là 8,8% [16]; nghiên cứu tại Điện Biên năm 2012-2013 tỷ lệ này là 5,8% [193]. Kết quả nghiên cứu phân tích hồi quy logistic cũng cho thấy sự phù hợp về mô hình dịch tại địa bàn, với tỷ lệ người có hành vi nguy cơ cao có khả năng dương tính HIV cao hơn gấp 5,9 lần và nguy cơ nhất ở nhóm NCMT, nhóm tuổi 2-15 tuổi và 30-39 tuổi cũng có khả năng dương tính cao hơn gấp 2,07 và 1,4 lần so với nhóm tuổi 16-29 tuổi, điều này cho thấy mô hình tiếp cận trúng đích đối tượng hơn. Tương tự nhóm nữ khả năng nhận kết quả dương tính thấp hơn 0,8 lần so với nhóm nam giới.

Về mặt mô hình dịch HIV ở địa bàn nghiên cứu cho thấy vẫn chủ yếu tập trung trong nhóm nam, tuy nhiên trong nghiên cứu tỷ lệ nữ được phát hiện chiếm 48,2%

có dấu hiệu cao hơn so với báo cáo toàn quốc cùng thời điểm là 34,1% (2015) [24] và 31,15% (2016) [25], báo cáo từ hoạt động tư vấn xét nghiệm HIV hoàn toàn bằng mô hình SLab trên toàn tỉnh giai đoạn 2013-2014 là 28,2%-20,9% (Điện Biên), 29%-32,3% (Sơn La), 33,3%-28,5% (Thanh Hóa) [8], cao hơn nhiều so với nghiên cứu tại Điện Biên năm 2012 tỷ lệ nữ chiếm 15,46% [27]. Điều này cho thấy địa bàn nghiên cứu cũng có sự chuyển dịch về giới giống như tình hình dịch HIV tại Việt Nam [15].

Kết quả của nghiên cứu cũng cho thấy mô hình dịch vẫn chủ yếu tập trung ở nhóm tuổi trẻ và trung niên và đang có dấu hiệu trẻ hóa, kết quả phát hiện 92,8% khách hàng dương tính với HIV trong nhóm 16-49 tuổi, tương đồng với kết quả từ một số nghiên cứu trên địa bàn trước đó như tỷ lệ 95,3% trong nghiên cứu tại Điện Biên 2012 [27], 92% người nhiễm HIV mới phát hiện thuộc nhóm tuổi 13-49 tuổi qua báo cáo của hệ thống giám sát dịch quốc gia [11]. Phân tích hồi quy logistic từ kết quả nghiên cứu cho thấy các nhóm 2-15 tuổi và 30-39 tuổi có nguy cơ dễ bị lây nhiễm HIV cao gấp 2,07 và 1,4 lần so với nhóm 16-29 tuổi, đây có thể là mô hình mới đã giúp khách hàng dễ dàng tiếp cận xét nghiệm HIV hơn. Tương đồng với kết quả nghiên cứu tại Điện Biên năm 2011 khách hàng trong nhóm tuổi 18-35 tuổi có khả năng dương tính HIV nhiều hơn với (OR = 1,62; 95%CI = 1,10-2,06) [190]. Việc này cho thấy cần đẩy mạnh chú trọng truyền thông và các giải pháp can thiệp cho các nhóm tuổi có nguy cơ lây nhiễm cao hơn.

Kết quả của nghiên cứu cũng chỉ ra mô hình này tiếp cận được chính xác hơn nhóm có yếu tố hoặc hành vi nguy cơ lây truyền HIV thể hiện qua việc tỷ lệ người nhiễm HIV thuộc nhóm không rõ yếu tố hoặc hành vi nguy cơ chỉ chiếm 9,7% thấp hơn so với mặt bằng chung toàn quốc năm 2015 là 10,4% [24] và 10,7% vào năm 2016 [25]. Tỷ lệ dương tính trong nhóm này là 0,8% thấp hơn so với 14,5% trong nhóm không nhận hành vi nguy cơ trong nghiên cứu tại Sơn La 2012 [16].

Kết quả nghiên cứu cung cấp rõ hơn về dịch HIV và các yếu tố hành vi nguy cơ tại khu vực miền núi phía Bắc Việt Nam. Dịch tại địa bàn vẫn tập trung chủ yếu trong nhóm có hành vi NCMT chiếm tỷ lệ 55,4% và hệ số OR = 2,51, tuy nhiên tỷ lệ phát hiện nhiễm HIV trong nhóm này là 4,9% giảm so với các báo cáo được thực

hiện trước đây trên địa bàn như với tỷ lệ 30,4% trong nghiên cứu tại 3 tỉnh/thành phố Điện Biên, Hà Nội, Hồ Chí Minh năm 2008-2012 [128]; 37,9% được báo cáo trong nghiên cứu tại Tuần Giáo – Điện Biên năm 2011 [190]; tỷ lệ giảm từ 17% xuống 16,3% đến 11 % trong 3 năm được báo cáo nghiên cứu tại Thanh Hóa 2010-2012 [33]; 20,1% trong báo cáo nghiên cứu tại Sơn La 2012 [16]. Qua đó cung cấp thêm bằng chứng các can thiệp tại đây trong nhóm NCMT có vẻ như đang phát huy được hiệu quả. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu với sự hỗ trợ của mô hình POCT khẳng định HIV phát hiện người NCMT nhiễm HIV cao hơn so với kết quả toàn tỉnh năm 2015 và 2016 tại Điện Biên ($p=3,5\%$; $2,6\%$), Sơn La ($p= 5,4\%$; $4,0\%$), Thanh Hóa ($p=2,6\%$; $2,6\%$) [8].

Từ kết quả của nghiên cứu, cảnh báo nguy cơ lây nhiễm HIV trong các nhóm vợ/chồng bạn tình người nhiễm HIV, QHTDKAT ở khu vực này. Mặc dù nhóm có vợ/chồng bạn tình nhiễm HIV chỉ chiếm 12,6% người nhiễm HIV, nhưng tỷ lệ lây nhiễm trong nhóm là $p=6,2\%$ với $OR = 2,35$. Đồng thời mô hình xét nghiệm kết hợp với POCT khẳng định HIV trong nghiên cứu tiếp cận được nhiều hơn người nhiễm HIV thuộc nhóm này thể hiện tỷ lệ phát hiện dương tính HIV cao hơn gần gấp 2 lần so với báo cáo kết quả hoạt động mô hình xét nghiệm HIV chủ yếu là SLab đang thực hiện trên toàn tỉnh năm 2015, 2016 tại Điện Biên ($p=3,5\%$; $3,2\%$), Sơn La ($p=3,5\%$; $3,7\%$) và Thanh Hóa ($p=1,4\%$; $2,7\%$) [8]. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm có hành vi QHTDKAT chiếm 16,5% người nhiễm HIV được phát hiện qua mô hình với $p= 4,9\%$ và $OR = 1,97$ cho thấy rằng mô hình tiếp cận được nhiều người nhiễm HIV ở nhóm này hơn so mô hình xét nghiệm chỉ có SLab trong nghiên cứu tại Sơn La 2012 với $p = 0,4\%$ trong nhóm này [16].

Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm có bố/mẹ nhiễm HIV là 7,3% thấp hơn so với các nghiên cứu khác trong nhóm trẻ dưới 18 tháng tuổi được thực hiện trước đó. Nghiên cứu trong nhóm trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV tại 29 tỉnh, thành phố năm 2012 là 8,5% [48]; Nghiên cứu tương tự ở khu vực miền Nam năm 2012 là 7,7% [44], Nghiên cứu khác ở khu vực miền Bắc năm 2011-2013 là 8,8% [76].

Nghiên cứu cũng cho thấy sự mặc dù hoạt động xét nghiệm trong nghiên cứu có hiệu quả phát hiện trong một số nhóm như NCMT, QHTDKAT, Vợ/chồng bạn tình

người nhiễm HIV so với trước khi lồng ghép POCT khẳng định HIV, tuy nhiên vẫn chưa phát hiện được khách hàng MSM, phù hợp với tình hình chung của toàn tỉnh tại thời điểm nghiên cứu, mặc dù ước tính của hệ thống giám sát quốc gia có một tỷ lệ nhỏ MSM trong quần thể nam từ 15-49 tuổi tại Điện Biên (0,26%), Sơn La (0,24%), Thanh Hóa (0,38%) [26], hệ thống cũng cảnh báo dịch HIV đang có dấu hiệu gia tăng trong nhóm này tại Việt Nam [24], [25], [14].

4.2. Thực trạng, các yếu tố liên quan hoạt động xét nghiệm (mô hình SLab)

4.2.1. Thực trạng hoạt động xét nghiệm HIV trước can thiệp

4.2.1.1. Chất lượng xét nghiệm HIV

Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến kết quả xét nghiệm, từ kết quả nghiên cứu cho thấy có một tỷ lệ nhỏ 0,2% (0,0-0,7%) không đồng nhất kết quả giữa các tuyến, việc không đồng nhất có thể do bản thân sinh phẩm, hoặc quá trình thao tác thực hiện kỹ thuật của nhân viên y tế hoặc do chính bản thân mẫu xét nghiệm của những cá thể mang những đặc tính di truyền hoặc những bệnh tật có thể ảnh hưởng tới kết quả xét nghiệm, cần có những nghiên cứu chuyên biệt để tìm hiểu khoảng trống đảm bảo chất lượng ở các tuyến. Tuy nhiên tỷ lệ thực trạng này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu theo dõi đánh giá chất lượng từ bên ngoài của các phòng xét nghiệm tham chiếu quốc gia có 0,11% - 9,5% sai sót khi xét nghiệm sinh phẩm nhanh ở khu vực miền Nam [30] và 2,7 - 34,3% ở khu vực miền Bắc [20].

4.2.1.2. Tình trạng xét nghiệm phát hiện HIV ở giai đoạn muộn

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy tình trạng xét nghiệm phát hiện HIV ở giai đoạn muộn và rất muộn trước can thiệp chiếm khoảng 50,3% vẫn còn phổ biến ở khu vực miền núi, đặc biệt ở vùng vực vùng sâu như Mường Lát cao gấp 8,16 lần (OR=8,16; 95%CI=2,35-28,3), tại huyện Tuần Giáo cao gấp 2,37 lần (OR=2,37; 95%CI=1,06-5,3) so với huyện Điện Biên là huyện nông thôn gần thành thị hơn. Tình trạng này cao hơn các nghiên cứu trước đây được thực hiện ở 59 cơ sở chăm sóc điều trị giai đoạn 2012-2013 có 41,6 % bệnh nhân nhiễm HIV chẩn đoán ở giai đoạn muộn [163], kết quả nghiên cứu ở người nghiện chích ma túy nhiễm HIV ở Thái Nguyên năm 2017 có 41% xét nghiệm phát hiện ở giai đoạn muộn [168]. Tình

trạng muộn hay gặp ở các khu vực vùng xa thủ đô tương tự như nghiên cứu ở Anh, tỷ lệ này chiếm 35% số xét nghiệm muộn [130].

Kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra nhóm tuổi già dễ có nguy cơ xét nghiệm muộn cao hơn so với trẻ, nguy cơ ở nhóm tuổi từ 40-49 tuổi cao gấp 2,77 lần (OR=2,77; 95%CI=1,07-7,2) so với nhóm từ 16-29 tuổi, điều này hơi khác biệt so với nghiên cứu ở khu vực thành thị như TP.Hồ Chí Minh năm 2010, gặp nhiều hơn ở nhóm tuổi trẻ từ 18-30 tuổi chiếm tỷ lệ 63,9% cao hơn lứa tuổi già là 36,1% [136], như vậy việc can thiệp vào các nhóm tuổi cũng cần chú trọng quan tâm ở các khu vực với những nhóm lứa tuổi khác nhau. Tuy nhiên việc xét nghiệm muộn hay gặp trong nhóm tuổi già lại tương đồng với một số nghiên cứu trên thế giới như nghiên cứu ở Ý, Pháp, Mỹ, Canada và Úc năm 2013 [126], trong nghiên cứu ở Anh năm 2015 nhóm tuổi >50 tuổi chiếm 58% bệnh nhân xét nghiệm muộn [130]. Nghiên cứu ở Ấn độ năm 2012 cũng cho thấy lứa tuổi >45 có nguy cơ xét nghiệm muộn cao gấp 2,48 lần (OR=2,48; 95%CI=1,62-3,79) ở nhóm nam và cao hơn gấp 1,67 lần (OR=1,67; 95%CI=1,26-2,2) ở nhóm nữ [56].

Trước can thiệp, có sự khác biệt về giới trong xét nghiệm muộn, nữ giới cao gấp 2,24 lần so với nam giới (OR=2,24, 95%CI: 1,27-3,97) kết quả này khác biệt so với các kết quả của một vài nghiên cứu ở thế giới [56], [126] và tại TP. Hồ Chí Minh năm 2010 gặp chủ yếu ở nam giới chiếm đến 86,6% [136].

Xét về yếu tố/hành vi nguy cơ cho thấy không có sự liên quan giữa yếu tố/hành vi nguy cơ và xét nghiệm muộn. Tuy nhiên tỷ lệ xét nghiệm muộn vẫn chủ yếu xuất hiện ở trong nhóm NCMT chiếm 62%, nhóm QHTDKAT chiếm 14% và nhóm vợ/chồng bạn tình nhiễm HIV chiếm 11%, tương đồng với một số nghiên cứu ở TP. Hồ Chí Minh năm 2010 có tỷ lệ xét nghiệm muộn ở nhóm NCMT chiếm 58,8% và nhóm lây nhiễm qua quan hệ tình dục là 30,3% [136]. Việc xét nghiệm muộn có thể do các trở ngại về giao thông, mô hình tiếp cận cũng như trình độ văn hóa của đối tượng có hành vi nguy cơ cao, mức độ kỳ thị trong cộng đồng.

4.2.1.3. Tình trạng nhận kết quả xét nghiệm HIV

Việc nhận kết quả xét nghiệm HIV ở địa bàn nghiên cứu trước can thiệp trong nhóm dương tính chưa cao là 88,6%. Tuy nhiên không đồng đều, tỷ lệ nhận kết quả

trong nhóm khách hàng dương tính lại thấp nhất ở Quan Hóa đạt 80,5%, tiếp đến là Tuần Giáo 83,3% và Mường Lát 84,2% đây đều là các huyện cách trung tâm tỉnh >100 km đường đi lại khó khăn, tình trạng không nhận kết quả phân nhiều do mất dấu và tử vong trước khi nhận kết quả. Kết quả này thấp hơn so với ghi nhận của hệ thống báo cáo trực tuyến cùng thời điểm ở toàn tỉnh Điện Biên (95,8% và 90,6%), và mặt bằng chung của tỉnh Thanh Hóa (99,7 và 96,1%), nhưng cao hơn toàn tỉnh Sơn La (93,3% và 85,6%) [8]. Điều này cho thấy lỗ hổng chương trình ở khu vực Mường Lát và Quan Hóa cần phải chú trọng đẩy mạnh các giải pháp can thiệp mô hình ở các huyện này, đây mặc dù là huyện có tỷ lệ phát hiện HIV chưa cao, nhưng lại phát hiện nhiều ở giai đoạn muộn và có xuất hiện nhiều tình trạng mất dấu có thể do địa bàn hiểm trở đi lại khó khăn, phần lớn là đồng bào dân tộc sống ở miền núi và khu vực giáp danh biên giới.

Tuy nhiên một trong các vấn đề cần phải tiếp tục quan tâm và cải thiện ở đây, mặc dù chỉ có 2,7% số khách hàng nhận kết quả chậm nhưng chủ yếu lại rơi vào khách hàng dương tính, có đến 98,9% khách hàng dương tính nhận kết quả HIV chậm trước can thiệp, thời gian nhận kết quả dương tính HIV trung bình là $31,2 \pm 51,5$ (0-476) ngày. Huyện Mường Lát, Quan Hóa là huyện có số ngày chờ trung bình khá ngắn khoảng từ 22 đến 24 ngày, nhưng tỷ lệ nhận kết quả vẫn thấp, như vậy cần tìm hiểu sâu hơn các yếu tố ảnh hưởng tới việc quay trở lại nhận kết quả xét nghiệm. Chỉ có 29,8% khách hàng là nhận được kết quả xét nghiệm dưới 2 tuần, điều này cho thấy tình trạng bệnh nhân chậm quay trở lại nhận kết quả xét nghiệm HIV để được kết nối với điều trị ARV. Kết quả nghiên cứu cũng minh chứng thời gian chờ trả kết quả xét nghiệm ở các khu vực này khi mà mô hình SLab vẫn đang hiện hữu vẫn còn dài ít nhiều ảnh hưởng đến hiệu quả của chương trình, kết quả không cải thiện nhiều so với các nghiên cứu đánh giá của hệ thống xét nghiệm vẫn đang áp dụng mô hình SLab ở một số địa bàn như: Nghiên cứu đánh giá hệ thống xét nghiệm HIV trên toàn quốc năm 2010, thời gian trả kết quả là 31 giờ với xét nghiệm âm tính và 8 ngày với kết quả dương tính [37]. Nghiên cứu 2013 cho thấy thời gian trung bình từ khi xét nghiệm đến nhận được kết quả 16 - 30 ngày; 31,5 - 58,4% xét nghiệm trả kết quả cho cơ sở gửi mẫu cách trên 15 km > 07 ngày [249].

Nghiên cứu can thiệp giảm thời gian vận chuyển mẫu bằng sử dụng phương cách kết hợp 3 sinh phẩm nhanh (RTA) tại SLab của Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS tỉnh Yên Bái năm 2015 đã giảm thời gian trả kết quả từ 37 ngày xuống nhưng vẫn còn 8 ngày [36].

4.2.1.4. Tình trạng kết nối với điều trị ARV

Kết quả của nghiên cứu trước can thiệp cho thấy có 75,6% khách hàng dương tính với HIV kết nối thành công đến điều trị ARV, tỷ lệ này cao hơn nhiều so với tỷ lệ các nghiên cứu trước đó được thực hiện tại Việt Nam như nghiên cứu ở Sơn La năm 2011 là 20,3% [17], nghiên cứu 59 OPC toàn quốc giai đoạn 2012-2013 là 54,4% [163], nghiên cứu tại Ninh Bình năm 2017 là 49% [85]. Tuy nhiên hiện tại vẫn còn tình trạng 24,4% khách hàng trong nghiên cứu bị mất dấu hoặc tử vong trước điều trị, trong đó có đến hơn ½ số bệnh nhân này mất dấu ở giai đoạn sau nhận kết quả và trước khi đến với cơ sở điều trị ARV, điều này cho thấy việc cần phải cải thiện tăng cường kết nối giữa xét nghiệm và điều trị ARV ở các khu vực miền núi. Có đến 47% số bệnh không được điều trị ARV do mất dấu và tử vong trước khi nhận kết quả, điều này cho thấy việc đến xét nghiệm muộn và chờ đợi nhận kết quả quá lâu cũng có nguy cơ gây mất dấu, không kịp chăm sóc điều trị và tử vong.

Kết quả nghiên cứu trước can thiệp cũng cho thấy có đến 26,9% khách hàng có kết quả chuyển gửi sai nghĩa là chưa được chuyển gửi đầy đủ các dịch vụ có liên quan đến hành vi nguy cơ, các các nhiễm trùng kèm theo, trong đó cao nhất là huyện Điện Biên và Mộc Châu với tỷ lệ lần lượt là 35,2%; 28,2%. Vì chưa có nghiên cứu nào được thực hiện đánh giá tổng thể như vậy tại Việt Nam nên không thể so sánh được, tuy nhiên điều này cho thấy vẫn còn những khoảng trống trong việc thực hiện các dịch vụ sau xét nghiệm có thể do những khó khăn về nguồn lực cần phải xác định ưu tiên hoặc do trình độ năng lực của các cán bộ y tế chưa thực sự đầy đủ.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy các địa bàn Mộc Châu, Tuần Giáo có kết quả chuyển gửi tốt hơn so với Điện Biên lần lượt là 82,1% và 81,3%, mặc dù là các huyện có thời gian chờ kết quả khá dài, nhưng việc kết nối chuyển gửi lại có hiệu

quả có thể cần thêm những nghiên cứu sâu hơn để tìm hiểu thêm các yếu tố tác động thúc đẩy kết quả thực hiện ở đây. Nhóm tuổi cao trên 40 tuổi khả năng chuyển gửi điều trị ARV thành công cao hơn ở nhóm 16-29 tuổi, điều này cho thấy mặc dù nhóm này thường tiếp cận xét nghiệm ở giai đoạn muộn, nhưng khi đã đủ hiểu biết thì thường dễ chấp nhận điều trị hơn. Tuy nhiên cần phải chú trọng ở đây là vấn đề dịch chủ yếu tập trung ở nhóm tuổi trẻ và nguy cơ lây truyền quan bạn tình/bạn chích lại đang có dấu hiệu gia tăng, trong khi đó tỷ lệ chuyển gửi thành công ở nhóm trẻ lại chưa cao, nên cần tập trung các giải pháp can thiệp mạnh mẽ đặc biệt cho nhóm tuổi trẻ.

Một trong các kết quả liên quan đến hành vi cũng cho thấy nhóm có hành vi NCMT chuyển gửi thành công đến điều trị ARV thấp hơn nhóm không có hành vi nguy cơ là 0,18 lần (95%CI: 0,07 – 0,48), đặc biệt là nhóm này và nhóm có hành vi QHTDKAT có kết quả chuyển gửi đúng thấp 0,17 lần (95%CI=0,04-0,79) so với các khách hàng không có hành vi này. Có vẻ như có dấu hiệu của chưa có sự chú trọng sự chuyển dịch và phát triển các chuyển gửi liên quan đến các hành vi nguy cơ mới nổi như QHTDKAT, vợ/chồng bạn tình người nhiễm HIV.

Kết quả nghiên cứu trước can thiệp cho thấy thời gian chờ để được điều trị ARV vẫn còn dài ở khu vực miền núi. Trong nghiên cứu bệnh nhân vẫn phải chờ $28,8 \pm 51,6$ (0-270) ngày và có sự chênh lệch giữa các bệnh nhân là rất lớn. Kết quả này cao hơn với một số nghiên cứu ở khu vực đồng bằng và thành thị như nghiên cứu ở Cần Thơ, An Giang, TP. Hồ Chí Minh giai đoạn 2012-2013 là 19 ngày [216]; nghiên cứu ở Ninh Bình năm 2017 thời gian trung bình ở nhóm nữ là 20 (0-120) ngày và 24,8 (0-170) ngày ở nhóm nam [85]. Như vậy cho thấy việc cần phải cải thiện hơn nữa về thời gian thực hiện kết nối điều trị ARV đặc biệt trong bối cảnh triển khai thực hiện các mô hình xét nghiệm điều trị ngay, khi mà kết quả nghiên cứu cho thấy khoảng tứ phân vị vẫn đang rất cao khoảng 20 ngày. Đặc biệt cao và chờ đợi lâu ở các khu vực vùng núi như huyện Điện Biên và Quan Hóa nhiều khi bệnh nhân phải chờ đợi tận 1,5 tháng để được điều trị ARV. Điều này cho thấy những vấn đề quan ngại ở các khu vực này, bệnh nhân phát hiện muộn, mất dấu tử vong, chờ đợi nhiều thời gian mới được điều trị ARV, tuy nhiên cần có nghiên cứu

sâu hơn vấn đề này xuất phát từ y tế hay do cách trở hoặc bệnh nhân trì hoãn chưa muốn điều trị ARV.

4.2.2. Các yếu tố liên quan đến hoạt động xét nghiệm HIV

Kết quả nghiên cứu cho thấy những yếu tố có liên quan ảnh hưởng đến việc tiếp cận, sử dụng dịch vụ xét nghiệm HIV ở địa bàn nghiên cứu được đề cập ở cả 3 góc độ cá nhân, môi trường xã hội và hệ thống y tế.

Các yếu tố cá nhân, chủ yếu ở khu vực là đồng bào dân tộc thiểu số, nghèo, địa bàn đi lại khó khăn, thiếu hiểu biết tiếng phổ thông, không hiểu biết về HIV và các dịch vụ có liên quan. Ngoài ra tình trạng có những quan điểm, tư tưởng sai lầm HIV, mất niềm tin vào cơ sở y tế vẫn còn tồn tại, nên bệnh nhân hạn chế tiếp cận và sử dụng dịch vụ tại địa phương. Kết quả nghiên cứu phù hợp với những yếu tố cá nhân rào cản tiếp cận sử dụng dịch vụ đã được thực hiện tại Việt Nam trước đó [65], [95], [102], [116], [189], [216]. Tuy nhiên trong nghiên cứu cho thấy có thêm yếu tố liên quan đến đặc thù là đồng bào dân tộc thiểu số còn thiếu hiểu biết tiếng phổ thông cũng gây ra trở ngại trong việc tiếp cận dịch vụ, mặc dù các nghiên cứu tại Việt Nam chưa đề cập tuy nhiên một số nghiên cứu trên thế giới yếu tố đồng bào dân tộc thiểu số cũng đã được đề cập trong nghiên cứu tổng quan các yếu tố rào cản và thúc đẩy xét nghiệm tại UK năm 2015 [97]. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy nếu được truyền thông, giới thiệu và cung cấp đầy đủ kiến thức HIV về dịch vụ có liên quan, từ đó tăng hiểu biết, lo sợ cho bản thân và thấy người thân bị ảnh hưởng bởi HIV sẽ thúc đẩy việc tiếp cận, sử dụng xét nghiệm HIV.

Các yếu tố liên quan đến môi trường xã hội, kết quả nghiên cứu chỉ ra với đặc thù là khu vực miền núi có địa bàn rộng, đi lại giao thông khó khăn, nhiều đồng bào dân tộc thiểu số, trình độ mặt bằng dân trí thấp nên việc tiếp cận thông tin tuyên truyền khó khăn. Đồng thời chưa có sự tham gia tích cực đồng bộ của các cơ quan chính quyền địa phương trong phối hợp thực hiện tuyên truyền, các giải pháp chưa thực hiện đồng bộ nhất quán, ít nhiều gây khó khăn cho việc triển khai công tác cung cấp dịch vụ và tăng cường sử dụng dịch vụ của người dân. Kết quả nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu trên thế giới về các yếu tố như điều kiện kinh tế, giao thông đi lại khó khăn, văn hóa tín ngưỡng dân tộc, rào cản về ngôn ngữ [213], tuy nhiên

trong nghiên cứu các yếu tố liên quan đến kỳ thị, không có sự hỗ trợ của đội ngũ đồng đẳng viên không được đề cập như các nghiên cứu trước đó được thực hiện tại TP. Hồ Chí Minh [23], [65]. Kết quả nghiên cứu phản ánh được phần nào: việc giảm tình trạng kỳ thị phân biệt đối xử ở khu vực vùng núi không nặng nề như khu vực thành thị, công tác hỗ trợ của đồng đẳng viên tại khu vực miền núi đã ít nhiều phát huy hiệu quả.

Các yếu tố liên quan đến hệ thống y tế được nghiên cứu đề cập đến như: (1) Mô hình xét nghiệm chưa phù hợp trong đó có việc khó tìm, chờ đợi lâu, nhiều thủ tục và chưa thân thiện, chưa có nhiều dịch vụ tại 1 điểm, kết quả nghiên cứu tương đồng với yếu tố thời gian cung cấp xét nghiệm không phù hợp, lâu, mất thời gian được đề cập trong nghiên cứu [245], [144]. (2) Cán bộ y tế còn thiếu về nhân lực, kiêm nhiệm nhiều việc, thiếu kiến thức và kinh nghiệm, vẫn còn e ngại với bệnh nhân. (3) Việc quảng bá tuyên truyền về dịch vụ chưa phù hợp chưa tiếp cận được với người dân. Kết quả nghiên cứu không thấy đề cập đến vấn đề lo sợ tiết lộ thông tin bệnh nhân như một vài nghiên cứu trên thế giới, điều này cho thấy việc bảo mật thông tin bệnh nhân vẫn đang được thực hiện tốt. Nghiên cứu cũng cho thấy nếu cán bộ y tế hiểu biết được tiếng dân tộc, có sự tham gia hỗ trợ của cộng tác viên và cung cấp những mô hình tiện lợi, đa dạng và thân thiện làm thúc đẩy sử dụng dịch vụ, kết quả của nghiên cứu phù hợp với những phát hiện của các nghiên cứu trước đó tại Việt Nam như: tăng xu hướng xét nghiệm HIV nếu có tiếp xúc với nhân viên tiếp cận cộng đồng thường xuyên [23], [28], [40], [65]; tăng xét nghiệm nếu hệ thống y tế có triển khai lồng ghép với các chương trình can thiệp có liên quan [144], lồng ghép của các dịch vụ ARV và điều trị MMT sẵn có, hoạt động hiệu quả của nhóm tiếp cận cộng đồng [95].

4.3. Hiệu quả, tính khả thi của mô hình can thiệp

4.3.1. Hiệu quả mô hình POCT khẳng định HIV

4.3.1.1. Cải thiện việc tiếp cận khách hàng và phát hiện người nhiễm HIV

Kết quả nghiên cứu sau can thiệp cho thấy: mặc dù thời gian triển khai POCT chưa nhiều, đồng thời mức độ tiếp cận khách hàng mới cải thiện ở 3 huyện có thời gian triển khai dài trên 1 năm. Nhưng mô hình vẫn thể hiện được hiệu quả tiếp cận

ở các nhóm mà mô hình SLab khó tiếp cận trước đó như: nhóm nam giới (tăng từ 45% lên 62,9%, CSHQ 0,4 và $p < 0,001$); nhóm tuổi trung niên và già, đây là nhóm ẩn nên thường có tỷ lệ xét nghiệm muộn cao như nhóm 40-49 tuổi (tăng lên 19.2% so với 11% trước can thiệp) và nhóm >50 tuổi (8% so với 2,8% trước can thiệp), đây có lẽ là các nhóm đối tượng chưa bao giờ xét nghiệm HIV nên phát hiện ở giai đoạn muộn, có nghĩa là mô hình tiếp cận được nhiều hơn nhóm khách hàng chưa từng xét nghiệm HIV; tiếp cận được trúng đích nhiều hơn ở các nhóm có yếu tố/hành vi nguy cơ (tăng lên 67,8% so với 58,5% trước can thiệp) đặc biệt ở nhóm NCMT (43,0% so với 28,4%) và nhóm QHTDKAT (11,8% so với 9,2%), việc không xác định được nguy cơ của khách hàng cũng giảm hơn so với mô hình SLab trước can thiệp triển khai trước đó (xuống còn 32,1% so với 42,5% ở SLab). Kết quả này tương đồng với kết quả của một số nghiên cứu ở 8 VCT tại Tây Ban Nha năm 2010 cho thấy POCT tiếp cận được nhiều hơn ở nhóm nam giới (73% so với 46,1% trong nhóm SLab) [108]; Một nghiên cứu ở Baltimore năm 2011 cho thấy rằng các nhóm nam giới, người có nguy cơ có xu hướng lựa chọn POCT HIV [157]. Một số nghiên cứu khác trên thế giới cũng cho thấy tỷ lệ sử dụng cao từ 69,6 - 98% trong nhóm đích can thiệp như MSM, NCMT, PNBD, bệnh nhân STI, nhóm người di biến động [54], [75], [160], [218].

Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng: mặc dù tỷ lệ thực hiện POCT mới chỉ bằng 60,1% xét nghiệm thực hiện bằng mô hình SLab, như sau can thiệp POCT phát hiện được nhiều người nhiễm HIV hơn so với mô hình SLab trước can thiệp (4% so với 2,43% với $p < 0,001$). Việc cải thiện phát hiện hiệu quả ở cả trong nhóm nguy cơ (5,1% so với 3,9% với $p = 0,017$) và nhóm không có nguy cơ (1,6% so 0,4% với $p < 0,001$), điều này càng cho thấy POCT tiếp cận trúng đích khách hàng hơn, tuy nhiên việc dấu hành vi nguy cơ vẫn còn xảy ra. Kết quả nghiên cứu sau can thiệp cho thấy tỷ lệ phát hiện HIV cao hơn so với việc phát hiện HIV được báo cáo qua mô hình xét nghiệm HIV SLab đang áp dụng toàn quốc cùng thời điểm năm 2015 (1,2%), năm 2016 (0,7%) và cùng thời điểm tại địa bàn tỉnh Điện Biên (1,7%;1,3%), Sơn La (1,9%;2,1%) và Thanh Hóa (0,6%;1%) [8]. Hiệu quả này tương tự như kết quả của một số nghiên cứu áp dụng POCT tại tuyến cơ sở trên thế

giới như: Nghiên cứu tại phòng khám sức khỏe ban đầu cho dân nhập cư gốc Phi tại Pháp năm 2015 tỷ lệ phát hiện HIV dương tính là 15,7% so với 12,6% ở nhóm sử dụng SLab [79]. Nghiên cứu thí điểm áp dụng POCT HIV tại các cơ sở y tế tuyến huyện xã ở British Columbia năm 2013, sau 18 tháng cho thấy tỷ lệ cải thiện phát hiện HIV dương tính từ 0,1% lên 0,7% sau can thiệp [110]. Tương tự như tăng tỷ lệ phát hiện từ 1,3% lên 4,1% sau 05 tháng can thiệp POCT HIV trên nhóm MSM tại phòng khám sức khỏe cộng đồng trong nghiên cứu tại Australia năm 2014 [105]; Từ 1,9% lên 2,7% sau 10 tháng can thiệp POCT HIV cho bệnh nhân STI tại phòng khám STI nông thôn nước Mỹ năm 2005 [160]. Tuy nhiên việc triển khai can thiệp không phải ở đâu cũng hiệu quả, việc này cho thấy còn phụ thuộc vào nhiều khía cạnh của mô hình trong đó có việc quảng bá dịch vụ, mở rộng mạng lưới tiếp cận khách hàng và đặc thù của khách hàng. Trái ngược ở một số nước giảm tỷ lệ phát hiện khi áp dụng POCT HIV cho riêng nhóm MSM như kết quả của 2 nghiên cứu sau: giảm từ 5,9% xuống 3,9% sau 01 năm can thiệp POCT HIV ở CBO, CDC cho nhóm MSM tại 6 thành phố Trung Quốc năm 2016 [266]. Tỷ lệ phát hiện 2,5% qua POCT HIV giảm so với 3,7% qua SLab cung cấp tại điểm VCT lưu động ở nhà tắm công cộng cho nhóm MSM tại Mỹ năm 2010 [143]. Do vậy việc đánh giá hiệu quả của mô hình để quyết định việc áp dụng, lựa chọn địa bàn, hoàn thiện các khía cạnh mô hình là cần thiết cho việc cải thiện liên tục nhằm đưa tới một mô hình phù hợp với các diễn biến của dịch HIV của địa phương.

4.3.1.2. Cải thiện chất lượng xét nghiệm tuyến cơ sở

Nghiên cứu cũng cho thấy: chất lượng xét nghiệm sau can thiệp mô hình POCT HIV có tỷ lệ đồng nhất kết quả giữa sàng lọc và khẳng định HIV rất cao ở các huyện nghiên cứu, cao gấp 8,51 lần ($p < 0,01$, OR = 8,51, 95%CI: **1,29-359,91**) so trước can thiệp sử dụng mô hình SLab. Điều đó cho thấy chất lượng xét nghiệm HIV từ khi can thiệp mô hình tại các huyện can thiệp được cải thiện, do khi được triển khai can thiệp các cán bộ được đào tạo nâng cao về kỹ năng quản lý đảm bảo chất lượng xét nghiệm, sinh phẩm đã được lựa chọn và nghiên cứu đánh giá chất lượng trước khi ứng dụng, nên giảm được tỷ lệ phản ứng dương tính giả ở tuyến sàng lọc. Chỉ có 0,02% kết quả không đồng nhất giữa sàng lọc và khẳng định HIV

thấp hơn so với báo cáo chung của Tổ chức y tế thế giới tỷ lệ là 0,4-7,3% [151], báo cáo nghiên cứu áp dụng tại cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu ở Los Angeles là 0,06% [147]. Tỷ lệ dương tính giả trong sàng lọc là 1/200 tương đồng với kết quả nghiên cứu đánh giá chất lượng 7 sinh phẩm nhanh tại phòng xét nghiệm chuẩn thức năm 2011 có 17/600 mẫu dương tính giả với ít nhất 1 sinh phẩm [35], nghiên cứu đánh giá 3 sinh phẩm nhanh năm 2000 có 1/347 dương tính giả với 1 sinh phẩm [170] và thấp hơn nhiều so với nghiên cứu thực hiện áp dụng xét nghiệm POCT HIV chỉ ở sàng lọc tại tuyến xã ở Điện Biên và Cần Thơ với tỷ lệ 49/129 mẫu dương tính giả [193].

4.3.1.3. Tiếp cận và phát hiện được nhiều người nhiễm HIV ở giai đoạn sớm

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy can thiệp POCT HIV là một trong những giải pháp để giải quyết các yếu tố rào cản liên quan đến việc tiếp cận, sử dụng xét nghiệm HIV. Mô hình can thiệp góp phần giảm hành vi trì hoãn xét nghiệm HIV, giúp tiếp cận xét nghiệm HIV ở giai đoạn sớm để điều trị sớm hơn, kéo dài tuổi thọ, giảm gánh nặng bệnh tật và có nhiều cơ hội sống hơn cho bệnh nhân. Việc đánh giá người nhiễm HIV đến xét nghiệm HIV ở giai đoạn sớm - giai đoạn kháng thể tăng cao với biểu hiện chỉ số tế bào CD4 cao ≥ 350 tế bào/mm³ và ở các giai đoạn lâm sàng I/II.

Nhờ có can thiệp POCT, khách hàng có xu hướng tiếp cận với xét nghiệm HIV tại địa phương dễ dàng hơn, sớm hơn nên tỷ lệ phát hiện được ở giai đoạn sớm cao hơn so với SLab trước can thiệp (34,5% so với 16,9%, $p < 0,001$), tỷ lệ phát hiện ở giai đoạn muộn và rất muộn cũng ít hơn (28,5% so với 40,3% và 7,5% so với 10%, $p < 0,001$). Tỷ lệ chẩn đoán muộn cũng thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu được thực hiện ở các địa bàn chỉ có mô hình SLab như: khoảng 41,6% bệnh nhân nhiễm HIV ở 59 cơ sở chăm sóc điều trị giai đoạn 2012-2013 ở Việt Nam là chẩn đoán muộn [163]; 41% người nhiễm HIV nghiện chích ma túy chẩn đoán muộn trong nghiên cứu ở Thái Nguyên năm 2017 [168].

Hiệu quả can thiệp còn được thể hiện qua chỉ số CD4 trung bình tại thời điểm phát hiện của các bệnh nhân HIV sau can thiệp mô hình POCT cao hơn ở mô hình SLab có ý nghĩa thống kê (353,7 (268) tế bào/mm³ so với 282,6 (238,5) tế bào/mm³

với $p=0,042$). Kết quả này tương đồng với kết quả của nghiên cứu so sánh 2 mô hình cùng thời điểm tại các phòng khám sức khỏe ban đầu ở UK năm 2011, chỉ số CD4 trung bình ở nhóm người mới phát hiện nhiễm HIV bằng POCT HIV có kết quả là 396 tế bào/mm³ cao hơn chỉ số này là 194 tế bào/mm³ ở nhóm sử dụng SLab [165].

Nghiên cứu cũng cho thấy trước can thiệp tỷ lệ bệnh nhân tiếp cận ở giai đoạn muộn với chỉ số CD4 <350 tế bào/mm³ có vẻ nhiều hơn so với sau can thiệp mô hình POCT (34,9% so với 27%). Tuy nhiên kết quả nghiên cứu cho thấy sự cải thiện chưa hiệu quả bằng nghiên cứu áp dụng POCT ở 2 cơ sở y tế tại Tây Ban Nha, có tỷ lệ bệnh nhân mới phát hiện có CD4 < 350 tế bào/mm³ thấp chỉ là 21,3% và 25,9% so với tỷ lệ chung là 54,8% [72].

Dưới khía cạnh đánh giá giai đoạn lâm sàng thì kết quả nghiên cứu cũng cho thấy mô hình POCT tiếp cận được nhiều khách hàng ở giai đoạn lâm sàng sớm hơn (46% ở giai đoạn I so với 29,4% ở SLab), ít khách hàng ở giai đoạn muộn hơn (11,5% ở giai đoạn III so với 26,9% ở SLab, $p<0,001$). Tình trạng chẩn đoán ở giai đoạn muộn sau can thiệp trong nghiên cứu đã được cải thiện rất nhiều so với nghiên cứu tại Việt Nam trước đó có tới 69,7% bệnh nhân HIV toàn quốc giai đoạn 2005-2009 đến ở giai đoạn lâm sàng III, IV, [102].

Mặc khác, kết quả của nghiên cứu cũng cho thấy: vẫn còn tình trạng nhiều bệnh nhân chưa thực hiện đầy đủ các xét nghiệm và đánh giá lâm sàng, công tác quản lý ghi chép theo dõi, đánh giá tình trạng bệnh nhân còn sơ sài và thiếu nhiều dữ liệu. Một trong những nguy cơ tiềm ẩn từ những khách hàng không ghi nhận được thông tin hoặc bị mất dấu sẽ dẫn đến tình trạng gia tăng nguy cơ lây nhiễm, điều trị ARV muộn hoặc kháng ARV. Trong nghiên cứu có đến 31,2% khách hàng không được làm xét nghiệm CD4 hoặc thăm khám lâm sàng ngay khi phát hiện nên không thể xác định được tình trạng giai đoạn phát hiện, tỷ lệ này được cải thiện hơn sau can thiệp mô hình POCT so với trước can thiệp (giảm 29,5% so với 32,8% khi áp dụng mô hình SLab) do thời gian trả kết quả nhanh, kết nối tới cơ sở OPC ngay để được thăm khám, lấy máu làm xét nghiệm CD4 ngay để làm hồ sơ bệnh án điều trị ARV trong ngày, tránh được tình trạng hẹn bệnh nhân đến xét nghiệm CD4 và đăng ký

điều trị ARV theo đợt như khi làm mô hình SLab và Bệnh nhân rất dễ trì hoãn đăng ký làm thủ tục theo dõi CD4, điều trị ARV. Ngược lại trong nghiên cứu có 53,7% bệnh nhân HIV được làm xét nghiệm CD4, cao hơn so với các nghiên cứu tại Việt Nam trước đó như: nghiên cứu 59 OPC trên toàn quốc giai đoạn 2012-2013 chỉ có 47,7% bệnh nhân của hoàn thành xét nghiệm CD4 [163]; Tỷ lệ này là 49% (22-72%) ở các tỉnh trọng điểm PEPFAR, thấp nhất 22% ở Điện Biên, cao nhất 72% ở 2 quận của thành phố Hồ Chí Minh [95].

4.3.1.4. Cải thiện việc nhận kết quả và thời gian trả xét nghiệm

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy với đặc điểm của POCT HIV có kết quả xét nghiệm nhanh hơn so với SLab, bệnh nhân không cần chờ đợi hoặc quay lại cơ sở xét nghiệm để lấy kết quả, giúp cải thiện tỷ lệ nhận kết quả xét nghiệm HIV. Mô hình POCT đã rút ngắn thời gian chờ kết quả xét nghiệm chung sớm hơn 1 tuần so với mô hình SLab, thời gian trung bình là trong ngày ($0,06 \pm 0,9$ so với $0,8 \pm 8,9$, $p < 0,001$). Đặc biệt hiệu quả với khách hàng dương tính HIV sớm hơn gần 1 tháng ($1,45 \pm 4,5$ so với $29,9 \pm 49$, $p < 0,001$). Kết quả nghiên cứu cao hơn so với một số nghiên cứu trước đây trên thế giới như: Nghiên cứu chi phí hiệu quả tại 106 cơ sở xét nghiệm tại New Jersey năm 2011 cho thấy POCT HIV khẳng định rút ngắn thời gian chờ nhận kết quả xét nghiệm được 11,4 ngày so với SLab [237]. Thời gian trung bình nhận kết quả ngắn: Từ 1–8 giờ so với từ 1 – 14 ngày ở mô hình (RT + SLab) [77], [99], [119], [147], [226], [231], [237] hoặc 21 ngày (12 – 295 ngày) ở mô hình chỉ có SLab [181]. Từ đó cải thiện tỷ lệ khách hàng được trả kết quả xét nghiệm nhanh (trong ngày) hỗ trợ cho việc thực hiện kết nối dự phòng và điều trị ngay, giảm tỷ lệ mất dấu và tăng cơ hội sống cho bệnh nhân, hiệu quả ở cả nhóm khách hàng chung (tăng 97,3% lên 99,1%, với $p < 0,001$), ở nhóm khách hàng dương tính (tăng từ 1,1% lên 78,4%, với $p < 0,001$). Tuy nhiên hiệu quả cải thiện chưa tốt bằng nghiên cứu ở Mỹ năm 2010, tỷ lệ nhận kết quả trong ngày là 80 - 100% khách hàng của POCT HIV, giảm tỷ lệ nhận kết quả trong vòng 1 – 21 ngày từ 46,7% ở SLab xuống còn 1% ở POCT [181]. Có thể do giai đoạn mới can thiệp, đơn vị vẫn còn phải gửi nhiều mẫu khó về TTPC HIV/AIDS tỉnh để khẳng định, nên ít nhiều ảnh hưởng đến hiệu quả cải thiện trả kết quả sớm.

Kết quả của nghiên cứu cũng gợi ý cho các nhà hoạch định chính sách: việc quy định về thời gian trả kết quả khẳng định trong ngày là phù hợp, khả thi.

Can thiệp mô hình POCT cho thấy việc cải thiện tỷ lệ nhận kết quả xét nghiệm HIV so với trước can thiệp (mô hình SLab), đặc biệt là với khách hàng dương tính đây là nhóm khách hàng cần có kết quả ngay để kết nối với điều trị ARV và có các giải pháp can thiệp cần thiết nhằm phòng chống lây nhiễm HIV (tăng từ 88,56% lên 95% sau can thiệp; CSHQ: 0,1; $p=0,0189$). Đồng nghĩa với việc giảm mất dấu/từ vong trước nhận kết quả được cải thiện giảm từ 11,44% trước can thiệp xuống còn 5% sau can thiệp, CSHQ 0,6. Kết quả cải thiện này giống như một số nghiên cứu trước đây trên thế giới đã đề cập khi áp dụng POCT để khẳng định HIV: Nghiên cứu so sánh 2 mô hình trong 3 tháng để chẩn đoán nhiễm HIV, HBV, HCV cho người nhập cư gốc Phi tại phòng khám ở Pháp có tỷ lệ quay trở lại nhận kết quả sau POCT HIV là 98,2% cao hơn so với sau SLab là 64,2% [79]; Nghiên cứu so sánh 2 mô hình tại phòng VCT, phòng khám Lao của một bệnh viện cho thấy: 100% khách hàng và bệnh nhân nhận kết quả sau POCT HIV, cao hơn nhiều so với tỷ lệ này chỉ có 60% khách hàng và 90% bệnh nhân Lao sau sử dụng mô hình SLab [61]; Nghiên cứu can thiệp POCT HIV sàng lọc và khẳng định cho vị thành niên tại phòng khám sức khỏe ban đầu ở Mỹ: có 91,3% khách hàng nhận kết quả trong vòng 01-21 ngày, 04% mất dấu ở mô hình POCT HIV so với kết quả 46,7% nhận kết quả, 10% mất dấu ở mô hình SLab [181]; Nghiên cứu can thiệp POCT HIV khẳng định cho khách hàng nguy cơ cao tại 9 POC và 23 SLab: có 100% khách hàng nhận kết quả ở mô hình POCT HIV so với 47% nhận kết quả ở mô hình SLab [99]. Như vậy càng cho thấy bằng chứng cần thiết phải triển khai can thiệp POCT để cải thiện tỷ lệ nhận kết quả xét nghiệm, đặc biệt là ở nhóm khách hàng dương tính ở các địa bàn nghiên cứu.

4.3.1.5. Cải thiện thời gian và tăng cường kết nối điều trị sớm ARV

Mặc dù nghiên cứu cho thấy không có sự chênh lệch về tỷ lệ kết nối thành công với điều trị ARV giữa 2 mô hình (75,5% so với 75,62%, $p>0,05$), có thể do thời gian triển khai can thiệp chưa đủ để cho thấy hiệu quả lâu dài của việc kết nối với điều trị ARV. Do vậy kết quả của nghiên cứu về việc cải thiện tỷ lệ kết nối thành

công với ARV chưa thật rõ ràng so với các nghiên cứu áp dụng thời gian dài trên thế giới như: Nghiên cứu áp dụng tại bệnh viện KATH ở Ghana cho thấy cải thiện tỷ lệ kết nối tới chăm sóc và điều trị từ 61% ở khách hàng VCT và 92% ở nhóm bệnh nhân Lao lên 100% ở cả 2 nhóm sau can thiệp [17]; Nghiên cứu thuần tập trên nhóm khách hàng tại 24 điểm POCT tại New Jersey trong vòng 24 tháng, kết quả 73,3% bệnh nhân HIV phát hiện ở mô hình POCT HIV được kết nối với chăm sóc và điều trị so với 65% bệnh nhân HIV phát hiện ở mô hình SLab [174]; Nghiên cứu tại Phòng khám cộng đồng ở Pháp cho dân nhập cư gốc Phi, kết quả 90% bệnh nhân HIV phát hiện qua POCT HIV kết nối tới chăm sóc và điều trị so với 60% bệnh nhân HIV phát hiện ở mô hình SLab [79]; Nghiên cứu áp dụng tại các cơ sở HTC của các phòng khám sức khỏe ban đầu tại Los Angeles Mỹ, tỷ lệ nhận kết quả và chuyển tiếp tới chăm sóc điều trị ở nhóm sử dụng mô hình POCT HIV khẳng định là 100% cao hơn nhiều so với 44,8% ở nhóm không sử dụng và 42% ở các cơ sở không can thiệp [147].

Tuy nhiên kết quả nghiên cứu lại chỉ ra rõ ràng: sự cải thiện về thời gian chờ điều trị ARV sau can thiệp ở mô hình POCT (giảm xuống còn $9,3 \pm 23,3$, IQR = 6.3 ngày so với $28,8 \pm 51,6$, IQR = 20,5 ngày trước can thiệp với $p < 0,001$) và như vậy số ngày trung bình chờ điều trị tiết kiệm khoảng 20 ngày. Kết quả nghiên cứu tương đồng với kết quả của các nghiên cứu trên thế giới khi so sánh thời gian từ xét nghiệm khẳng định HIV tới chăm sóc, điều trị là 3,1-10 ngày với hơn 97% kết nối thành công ở mô hình POCT trong khi đó ở mô hình SLab là 13,2-41 ngày với 44 - 84% kết nối [160], [171], [268], [266].

Nếu đặt mốc 6 ngày để xác định điều trị nhanh hoặc chậm thì kết quả nghiên cứu cũng chỉ rõ: sự cải thiện tỷ lệ bệnh nhân được điều trị nhanh sau can thiệp mô hình POCT (tăng từ 53,3% lên 81,5%; CSHQ 0,53; với $p < 0,001$). Như vậy cải thiện tăng gần 30% bệnh nhân được điều trị sớm so với ban đầu trước can thiệp. Kết quả nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu triển khai áp dụng tại 9 điểm chăm sóc điều trị và 23 cơ sở xét nghiệm ở Mỹ năm 2016, kết quả cải thiện tỷ lệ tăng 35% kết nối trong vòng 90 ngày ở mô hình POCT khẳng định HIV so với mô hình SLab [99]. Qua nghiên cứu cho thấy rằng việc đưa ra các nghiên cứu về mô hình tiếp cận điều

trị trong ngày, với mốc thời gian quy định là 6 ngày là có thể thực hiện được, với điều kiện triển khai đồng bộ mô hình POCT khẳng định HIV ở các tuyến.

4.3.1.6. Cải thiện chuyển gửi dự phòng sau xét nghiệm HIV

Do mỗi khách hàng có thể có nhiều hành vi nguy cơ, vì vậy kết quả của nghiên cứu xem xét đến việc đánh giá việc chuyển gửi đúng hay sai dựa trên nguyên tắc các khách hàng được chuyển gửi đầy đủ tới các dịch vụ điều trị và dự phòng phù hợp với hành vi nguy cơ mà khách hàng có để đánh giá, kết quả nghiên cứu cho thấy mặc dù tỷ lệ chuyển gửi đúng chưa cao, nhưng sau can thiệp mô hình POCT có sự chuyển gửi khách hàng đúng tăng hơn so với mô hình SLab trước can thiệp, hiệu quả rõ ràng hơn ở nhóm khách hàng chung (tăng từ 22,7% lên 24,6%; CSHQ 0,11; với $p < 0.05$) và khách hàng âm tính (tăng từ 20,9% lên 22,5%; CSHQ 0,08; với $p < 0.05$). Trong nhóm khách hàng dương tính, tỷ lệ chuyển gửi đúng cao hơn chiếm 74,5% ở mô hình POCT sau can thiệp so với 73,1% ở mô hình SLab trước can thiệp, tuy nhiên hiệu quả chưa rõ ràng với $p > 0,05$. Điều này cho thấy đối với khách hàng dương tính thì mô hình POCT hiệu quả với kết nối điều trị ARV, nhưng lại hiệu quả chưa rõ ràng với những kết nối chuyển gửi những hành vi nguy cơ, có thể vì ưu tiên cho những khách hàng dương tính HIV là kết nối với ARV trước tiên rồi mới đến các hành vi giảm thiểu tác hại khác, điều này cho thấy cần phải quan tâm và triển khai các giải pháp can thiệp đồng bộ tới các hành vi có khả năng lây nhiễm HIV cho người khác. Đồng thời cũng cần có những nghiên cứu tìm hiểu sâu hơn đến việc ghi chép, theo dõi việc can thiệp giảm thiểu hành vi nguy cơ ở các nhóm khách hàng dương tính đang điều trị ARV. Một trong các hạn chế để bàn luận vấn đề nội dung này là chưa có nghiên cứu nào từng thực hiện tại Việt Nam về hiệu quả của mô hình POCT. Một nghiên cứu trên thế giới cũng chỉ xem xét ở khía cạnh đơn lẻ của việc chuyển gửi từng hành vi, nhưng nhìn chung cũng có sự cải thiện khi sử dụng POCT để sàng lọc làm tăng việc chuyển gửi chăm sóc hỗ trợ lên 2 lần, tăng tỷ lệ chuyển gửi tới xét nghiệm phát hiện STI so với áp dụng SLab, tăng tỷ lệ điều trị dự phòng PrEP từ 2,3% lên 18,6% [119]. Tuy nhiên điều này cũng mở ra hướng nghiên cứu mới cần theo dõi đánh giá trên diện rộng, thời gian dài cung cấp thêm bằng chứng rõ nét cho hiệu quả của mô hình POCT. Hiện tại điều trị dự phòng PrEP

cũng bắt đầu được triển khai tại Việt Nam, nên việc đề xuất triển khai các nghiên cứu sâu hơn cần tiếp tục thực hiện ở những địa bàn có can thiệp POCT, kết quả từ các nghiên cứu sẽ giúp cho việc cung cấp bằng chứng xác thực về hiệu quả rộng hơn của mô hình POCT khẳng định HIV.

4.3.1.7. Tiết kiệm chi phí thực hiện xét nghiệm HIV.

Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng POCT tiết kiệm chi phí chương trình cho xét nghiệm sàng lọc giảm 14,5%, xét nghiệm khẳng định giảm 52,4% và chi phí cho việc vận hành một cơ sở xét nghiệm HIV giảm 14,5% trong đó chủ yếu liên quan đến các chi phí như vận chuyển mẫu giảm 67,8%, làm xét nghiệm khẳng định HIV tại tỉnh giảm 85%.

Xem xét đến chi phí cho từng trường hợp xét nghiệm, kết quả nghiên cứu cho thấy hiệu quả can thiệp rõ ràng trong việc tiết kiệm chi phí phát hiện một trường hợp HIV dương tính ở tất cả các điểm nghiên cứu, giảm 56,2% (thấp nhất 34,1%, cao nhất 73,6%) chi phí trung bình cho một trường hợp phát hiện HIV dương tính, tương đương tiếp kiệm được 230,5 USD. Chi phí cho một trường hợp khẳng định HIV dương tính sau can thiệp giảm xuống là 4.540.218 VNĐ tương đương 207,4 USD (thấp nhất 83,1 USD, cao nhất 693,1 USD). Kết quả nghiên cứu cho thấy hiệu quả trên chi phí khẳng định cao hơn so với nghiên cứu tại New Jersey tại 15 cơ sở xét nghiệm, chi phí một trường hợp khẳng định nhiễm HIV bằng POCT HIV là 2077,15 USD thấp hơn so với 2354,32 USD ở SLab, tiết kiệm 14,68 USD (16%) chi phí cho một ca dương tính [237]. Tuy nhiên do thời gian triển khai can thiệp chưa dài nên hiệu quả tiếp kiệm chi phí xét nghiệm sàng lọc HIV mới rõ ràng ở 2/5 huyện triển khai nghiên cứu chưa rõ ràng như nghiên cứu ở New Jersey có kết quả chi phí một trường hợp xét nghiệm POCT HIV là 20,38 USD thấp hơn so với 26,1 USD ở SLab [237].

Điều này cho thấy để tận dụng được tối đa nguồn lực cần xây dựng phân vùng chuyển mẫu, thúc đẩy quảng bá, tiếp thị thị trường để gia tăng tiếp cận sử dụng xét nghiệm HIV tại địa phương, từ đó phát huy hiệu quả chi phí xét nghiệm cao hơn. Cũng cần triển khai thêm các hướng nghiên cứu xem xét cụ thể việc đóng góp của mô hình can thiệp ở quy mô, mức độ như thế nào cho việc giảm chi phí dự phòng

được 1 trường hợp HIV, giảm chi phí gánh nặng bệnh tật và gia tăng kỳ vọng sống cho bệnh nhân HIV.

4.3.2. Đánh giá tính khả thi và khả năng ứng dụng mô hình can thiệp

Kết quả nghiên cứu chỉ ra những hiệu quả của mô hình can thiệp, mức độ khả thi khi ứng dụng mô hình trên 7 khía cạnh đã trình bày tại mục 3.3.2.1. Tuy nhiên việc triển khai can thiệp cũng bị ảnh hưởng bởi những yếu tố được đề cập như: sinh phẩm, cán bộ y tế thực hiện mô hình, khách hàng sử dụng dịch vụ và hệ thống cung cấp dịch vụ xét nghiệm HIV, đồng thời có một số đặc điểm mô hình cũng được các bên liên quan đề xuất việc thay đổi để phù hợp cho việc mở rộng, áp dụng ở các địa bàn khác nhau.

4.3.2.1. Tính khả thi của mô hình can thiệp:

Các đối tượng nghiên cứu đều chấp nhận và tiếp nhận triển khai mô hình trên địa bàn, điều này cho thấy việc có khả năng áp dụng mô hình rộng rãi thể hiện qua sự quan tâm đầu tư của các cấp lãnh đạo, sự tin tưởng vào chất lượng và hiệu quả mô hình can thiệp ở cả người cung cấp và người sử dụng dịch vụ. Mặc dù nghiên cứu chỉ thực hiện dưới góc độ định tính, nhưng kết quả phát hiện này cũng được đề cập trong một số nghiên cứu như ở Tây Ban Nha (2010) cho thấy đại đa số nhân viên y tế sẵn sàng cung cấp xét nghiệm POCT HIV cho bệnh nhân và tin tưởng vào kết quả xét nghiệm của họ [52], tương tự nghiên cứu tại 61 cơ sở xét nghiệm tại Canada, hầu hết nhân viên y tế sẽ sẵn sàng cung cấp POCT HIV cho khách hàng sau khi được đào tạo [110]. Bản thân việc cung cấp POCT làm cho nhân viên y tế cảm thấy hài lòng hơn sau can thiệp như nghiên cứu tại 61 cơ sở xét nghiệm tại Mỹ [220].

Mặc dù khó khăn về nhân sự với trình độ chuyên môn chưa cao, số lượng còn thiếu, cơ sở vật chất nghèo nàn, trang thiết bị thô sơ, ít có điều kiện tiếp cận đào tạo nâng cao nghiệp vụ nhưng các huyện tham gia nghiên cứu đều cố gắng nỗ lực thực hiện can thiệp, điều này cho thấy nếu mô hình phù hợp, chính sách đúng đắn mang lại hiệu quả cho chăm sóc y tế thì dễ được sự chấp nhận của hệ thống và cộng đồng, kêu gọi phát huy được nỗ lực sức mạnh tinh thần và trách nhiệm của nhân lực y tế.

Trong nghiên cứu, các đối tượng nghiên cứu đều cho rằng việc lựa chọn can thiệp mô hình tại cơ sở y tế ban đầu ở vùng núi, nông thôn là phù hợp. Với đặc

điểm TTYT huyện vừa có chức năng dự phòng, vừa khám chữa bệnh, có sẵn cán bộ được đào tạo về kỹ thuật xét nghiệm từ trung cấp trở lên, có thể tận dụng được trang thiết bị cơ bản, cơ sở vật chất sẵn có, đồng thời đang cung cấp các dịch vụ xét nghiệm sàng lọc HIV, dịch vụ dự phòng và chăm sóc điều trị, đây là các cơ sở y tế mà người dân ở quanh vùng đã quen sử dụng các dịch vụ y tế, đồng thời các cơ sở can thiệp này kết nối với mạng lưới tuyến dưới tới tận xã phường thôn bản. Việc lựa chọn địa điểm can thiệp cũng cho thấy sự phù hợp với các khuyến nghị về can thiệp POCT của Tổ chức Y tế thế giới [208]. Tương tự nghiên cứu ở Ấn độ (2016) cũng đề cập tới việc khách hàng thích sử dụng dịch vụ ở những địa điểm cung cấp nhiều dịch vụ cùng một chỗ như điều trị ARV, MMT trong hệ thống y tế [256].

Áp dụng mô hình trong can thiệp là khả thi vì các hiệu quả đã được chứng minh và nhận định như việc tăng xét nghiệm và nhận kết quả, tiếp cận xét nghiệm sớm hơn, không những thế còn thay đổi nhận thức tạo được sự chủ động linh hoạt của địa phương trong việc triển khai các hoạt động, coi đây là giải pháp để giám sát, kiểm soát và ngăn chặn dịch bệnh vì dễ thực hiện, cho kết quả nhanh giúp cho việc chăm sóc, điều trị bệnh nhân kịp thời. Đồng thời mở ra được khả năng bệnh nhân tự xét nghiệm tại nhà, đặc biệt với các bệnh có mức độ kỳ thị cao như HIV cũng đã được đề cập trong các nghiên cứu chính sách ứng dụng POCT ở các nước thu nhập thấp và trung bình [202].

Các phát hiện trong nghiên cứu cho thấy cũng giống như bất cứ một can thiệp mới nào đều gặp phải những khó khăn rào cản nhất định được phân tích ở mục 4.3.2.2, tuy nhiên can thiệp vẫn bám sát kế hoạch mặc dù là mô hình lần đầu tiên thí điểm tại Việt Nam, thực hiện ở những cơ sở yếu về năng lực, điều này cho thấy sự nỗ lực cố gắng của hệ thống y tế trong việc cung ứng các dịch vụ phổ cập dễ tiếp cận.

Chi phí trong mô hình can thiệp được đánh giá xem xét dưới góc độ định lượng và định tính đều cho thấy hiệu quả thông qua tiếp kiệm thời gian quay trở lại nhận kết quả của bệnh nhân, tiếp kiệm vật tư tiêu hao do việc không phải lặp lại các xét nghiệm, tận dụng được tối đa nhân lực và trang thiết bị, đặc biệt ở những khu vực hạn chế về nguồn lực.

Kết quả nghiên cứu đánh giá cũng cho thấy việc bao phủ được can thiệp ở khu vực miền núi do đặc điểm mô hình phù hợp, mang được nhiều lợi ích cho bệnh nhân, người cung cấp dịch vụ, hệ thống y tế từ đó dẫn tới khả năng bao phủ rộng. Đặc biệt ở khu vực miền núi có sự tham gia của cán bộ y tế địa phương, hiểu biết tiếng địa phương và kết nối với mạng lưới y tế cơ sở và cộng đồng. Những phát hiện này tương đồng như nghiên cứu ở Ấn độ (2016), Nam Phi (2011) [132], [256].

Không chỉ ở mức độ bao phủ, mô hình cho thấy sự bền vững vì ít phụ thuộc vào chi phí bên ngoài chủ yếu dựa vào năng lực sẵn có, đồng thời cũng đang được thực hiện theo định hướng chiến lược của quốc gia và khuyến cáo quốc tế. Ở Việt Nam sinh phẩm POCT cũng đã được cấp phép và thử nghiệm lâm sàng trong phòng xét nghiệm tham chiếu. Điều này cũng đã được đề cập trong nghiên cứu tổng thể đánh giá POCT cho thấy các yếu tố thúc đẩy việc ứng dụng POCT HIV ở góc độ chương trình khi lồng ghép vào trong chính sách y tế [112].

4.3.2.2. Những yếu tố ảnh hưởng đến việc triển khai mô hình can thiệp

Sinh phẩm sử dụng cho mô hình POCT

Kết quả của nghiên cứu cũng cho thấy các quan ngại có liên quan đến sinh phẩm sử dụng như:

(1) Chất lượng sinh phẩm hay gặp việc khó biện luận và dương tính giả trong một số trường hợp như phụ nữ mang thai, vấn đề này không chỉ gặp ở Việt Nam trong một số nghiên cứu trên thế giới cũng đã đề cập đến độ chính xác của một số loại sinh phẩm ở còn thấp, khó chẩn đoán giai đoạn mới nhiễm dễ gây phản ứng dương tính giả trên bệnh nhân đồng nhiễm bệnh khác, phụ nữ mang thai và trẻ em [94], [131], [162], [204], một số trường hợp gây âm tính giả trên các bệnh nhân đã điều trị ARV hoặc suy kiệt miễn dịch ở giai đoạn cuối của AIDS [206]. Hiện tại theo khuyến cáo của quốc gia thì không khuyến nghị việc xét nghiệm lại trên bệnh nhân điều trị ARV, tuy nhiên thực tiễn có những trường hợp bệnh nhân giấu quá trình điều trị, khó khai thác thông tin, sự hiểu biết còn yếu kém, việc xét nghiệm trên bệnh nhân đã điều trị ARV vẫn xảy ra, nên cần lưu ý những trường hợp này ở các khu vực can thiệp POCT. Ngoài việc cải thiện chất lượng sinh phẩm, tuy nhiên không dễ vì còn tùy thuộc vào sự phát triển của kỹ thuật, tuy nhiên có thể khắc phục những nhược điểm trên cần phải: tăng cường kỹ năng tư vấn khai thác thông tin tiền

sử để loại trừ các trường hợp chẩn đoán sai, tuyên truyền giáo dục nâng cao nhận thức của người dân, tăng cường cân trọng khi phân tích và biện luận kết quả với những trường hợp có thể làm ảnh hưởng tới kết quả xét nghiệm.

(2) Hướng dẫn sử dụng sinh phẩm chưa thân thiện, chưa được dịch ra tiếng Việt gây khó khăn cho người sử dụng, đặc biệt với khu vực miền núi khả năng sử dụng ngoại ngữ chưa cao, mặc dù chỉ là kết quả nghiên cứu định tính nhưng điều này cũng cho thấy tương đồng với kết quả được thực hiện ở các nước dân trí không cao không sử dụng tiếng Anh làm ngôn ngữ công việc như: nghiên cứu tại Singapore cho thấy việc không dịch hướng dẫn ra tiếng địa phương dẫn đến 56% kết quả xét nghiệm không phù hợp, 2%-7% đọc kết quả sai [167]. Vì vậy cần đưa ra yêu cầu đối với đơn vị cung cấp khi cấp phép hoặc mua bán cung ứng: việc cung cấp các hướng dẫn bằng tiếng Việt. Đối với hệ thống các phòng tham chiếu quốc gia hỗ trợ kỹ thuật xây dựng những quy trình hướng dẫn sử dụng chuẩn sinh phẩm cung cấp cho tuyến cơ sở, phát triển các video hướng dẫn trực tuyến trên các trang thông tin để cán bộ cơ sở dễ tiếp cận và thực hành theo.

(3) Cung ứng sinh phẩm khó khăn do đặc thù khu vực vùng sâu, vùng xa đi lại giao thông cách trở. Dẫn đến gián đoạn cung cấp sinh phẩm, khó khăn trong việc cung ứng, thiếu hụt các thành phần đi kèm hoặc thường phải sử dụng các sinh phẩm cận hạn, vận chuyển bảo quản sinh phẩm đến các điểm POCT cũng khó khăn, những yếu tố này cũng được đề cập tương tự trong nghiên cứu ở Ấn Độ [202]. Điều này cho thấy: mặc dù đây phần lớn là các sinh phẩm có thể bảo quản ở nhiệt độ thường, không cần thiết bị chuyên dụng để vận chuyển nhưng việc phân phối cho các khu vực vùng sâu/xa cũng cần phải cải thiện, để đảm bảo việc phân bổ sinh phẩm cho các đơn vị khi triển khai mở rộng mô hình.

Do nghiên cứu được thực hiện ở các địa bàn được hỗ trợ về sinh phẩm và đào tạo hỗ trợ kỹ thuật, các sinh phẩm đã được nghiên cứu thử nghiệm trước đó nên các yếu tố liên quan đến giá cả, khó khăn trong quy trình thực hiện lấy mẫu không được các đối tượng đề cập đến như các nghiên cứu khác trên thế giới.

Đặc điểm cấu trúc hệ thống cung ứng dịch vụ

Một số yếu tố có tính rào cản khi triển khai mô hình được phát hiện trong nghiên cứu như:

(1) Những quy định chính sách chưa phù hợp với địa bàn: Ghi chép hồ sơ sổ sách nhiều, thực hiện nhiều báo cáo làm tốn thời gian của cán bộ thực hiện mô hình, các hình thức báo cáo chưa phù hợp chưa tích hợp và sử dụng được cho nhiều tuyến. Phát hiện này cũng được đề cập trong: nghiên cứu ở Ấn Độ năm 2016 về rào cản của việc ghi chép sổ sách nhiều, yêu cầu cung cấp nhiều thông tin của khách hàng, các thông tin khai thác chưa phù hợp như khai thác thông tin về giới trong nhóm MSM [256]; nghiên cứu tại Tây Ban Nha có 69,6% cán bộ y tế không cung cấp POCT HIV vì phải điền các biểu mẫu đồng ý xét nghiệm [52];

(2) Hạn chế kinh phí cho hoạt động bảo trì, bảo dưỡng trang thiết bị và triển khai các hoạt động đảm bảo chất lượng việc này thường xảy ra ở các nước có thu nhập thấp hoặc trung bình cần mở rộng cung ứng, bao phủ dịch vụ, chất lượng dịch vụ chưa được đặt lên hàng ưu tiên;

(3) Việc tích hợp với hệ thống y tế chung khó khăn, phối hợp giữa các đơn vị chưa nhuần nhuyễn. Những vấn đề này cũng đã được đề cập đến trong nghiên cứu áp dụng POCT tại cộng đồng ở UK năm 2011, cho thấy việc lồng ghép công nhận kết quả xét nghiệm sàng lọc ban đầu vào quy trình của bệnh viện và phòng khám chưa được thực hiện, thiếu hệ thống kết nối chuyển tiếp bệnh nhân với cơ sở y tế [172].

(4) Ảnh hưởng của môi trường làm việc nguy hại cũng làm cho cán bộ y tế ngại thực hiện, sợ trách nhiệm khi triển khai áp dụng như: việc thiếu các quy định của hiệp hội bảo vệ người hành nghề y trong các tình huống có thể rủi ro chuyên môn hoặc bạo lực nghề nghiệp; một vấn đề nữa là việc thay đổi cơ cấu tổ chức nhân sự làm xáo trộn tâm lý, sự ổn định của cán bộ, tuy nhiên các yếu tố này chưa được đề cập trong các nghiên cứu trên thế giới.

Đồng thời từ nghiên cứu cho thấy, các yếu tố là rào cản của các nước nhưng đã được giải quyết tại Việt Nam như: Thiếu văn bản hướng dẫn tiêu chuẩn phê duyệt sinh phẩm, chất lượng xét nghiệm [209], tiêu chuẩn này đã có trong các hướng dẫn quốc gia, các đánh giá chất lượng sinh phẩm trước thị trường, trong quá trình thực hiện và theo dõi sau thị trường; Thiếu hướng dẫn đào tạo dẫn đến tình trạng không biết có được sử dụng hay không, không biết ai là người thực hiện, đồng thời sợ rằng không được phép sử dụng, có 41,2% không thực hiện POCT HIV và 21,4% người

được hỏi không biết ai thực hiện mặc dù chương trình quốc gia khuyến cáo áp dụng, tại Việt Nam trong các bản kế hoạch, tài liệu đào tạo đã có sự phân công trách nhiệm rõ ràng, các sinh phẩm khi vào thị trường để được công bố và thông báo tới các cơ sở xét nghiệm; 73,2% bệnh viện không thực hiện POCT HIV cho PNMT vì các lý do kiểm soát đảm bảo chất lượng không được đảm bảo, quá tải việc cung cấp ngoại kiểm và giám sát hỗ trợ kỹ thuật tại Newjersey năm 2011 [158].

Từ kết quả và những phân tích bàn luận cho thấy cơ hội Việt Nam có thể mở rộng, nhân rộng mô hình với việc tinh giảm, đơn giản hóa thủ tục hành chính có liên quan, điện tử hóa hệ thống báo cáo và tăng ngân sách ưu tiên cho các hoạt động đảm bảo chất lượng xét nghiệm HIV. Tăng cường chỉ đạo việc và tạo cơ chế cho việc công nhận kết quả lẫn nhau và phối hợp hỗ trợ công việc giữa các đơn vị.

Cán bộ y tế trong cơ sở can thiệp

Các yếu tố rào cản từ phía người cung cấp dịch vụ được phát hiện liên quan về số lượng, chất lượng, sự phối kết hợp trong công việc như:

(1) Chưa hiểu biết đầy đủ các kiến thức có liên quan, chưa tự tin và làm chủ được công việc, có thể lý do các cán bộ này chưa được đào tạo bổ trợ đầy đủ các kiến thức dịch tễ, đánh giá nguy cơ, kỹ năng trao đổi với bệnh nhân khi thực hiện chương trình. Kết quả tương đồng với phát hiện tại Châu Âu đề cập đến việc không nhận biết đánh giá được triệu chứng hoặc nguy cơ lây nhiễm của bệnh nhân, ngại trao đổi các vấn đề nhạy cảm, hiểu biết nhận thức sai về HIV [247]; Kỹ năng thực hiện chưa được tốt chưa gây được lòng tin của khách hàng. Tâm lý căng thẳng và lo sợ về trách nhiệm, sợ những việc khó và tiếp cận sử dụng kỹ thuật mới, tuy nhiên sau khi vượt qua được những cản trở ban đầu với sự hỗ trợ kỹ thuật từ các tuyến thì cán bộ y tế cũng tự tin triển khai các hoạt động. Các vấn đề lo sợ và áp lực vào kết quả xét nghiệm POCT HIV cũng như phản ứng của khách hàng cũng được đề cập đến trong nghiên cứu tại Tây Ban Nha, chỉ có 74,7% nhân viên đã thực hiện POCT HIV tin tưởng vào kết quả xét nghiệm mà họ cung cấp [52].

(2) Thiếu nhân lực làm xét nghiệm HIV cũng gây nguy cơ gián đoạn dịch vụ, ưu tiên các can thiệp khác, không có thời gian để thực hiện POCT HIV. Kết quả phát hiện từ nghiên cứu cũng được đề cập trong nghiên cứu tại Tây Ban Nha cho thấy các cán bộ y tế không cung cấp POCT HIV vì: 50,8% cán bộ y tế không có thời

gian để thực hiện tư vấn, 55,7% không có thời gian thực hiện xét nghiệm [52]. Nghiên cứu tại Nam Phi cũng đề cập tới việc thiếu cán bộ, quá tải công việc, không được đào tạo chuyên nghiệp, thiếu thời gian và kinh nghiệm [132].

(3) Sự phối hợp giữa các khoa phòng, lồng ghép trong cơ sở y tế còn lỏng lẻo dẫn đến hiệu quả từng khâu/đoạn trong mô hình chưa cao. Các cán bộ y tế trong cùng hệ thống cũng chưa thông cảm chia sẻ thông tin với nhau, nhiều khi tạo thêm áp lực, gánh nặng cho hệ thống xét nghiệm. Kết quả này cũng phù hợp với phát hiện về việc sắp xếp bố trí vị trí tư vấn không hợp lý trong các nghiên cứu thực hiện ở Châu Âu [247].

Tuy nhiên trong nghiên cứu các yếu tố rào cản về ngôn ngữ, kỳ thị phân biệt đối xử, thiếu tài liệu truyền thông, không được đào tạo không được đề cập tại địa bàn nghiên cứu như kết quả ở một số nước gặp phải như: các vấn đề khó khăn hạn chế trong việc trao đổi với bệnh nhân/người nhà bệnh nhân do rào cản về ngôn ngữ, văn hóa, trở ngại từ phía người nhà [52]; Kỳ thị phân biệt đối xử của nhân viên y tế, kỹ năng khai thác của nhân viên tư vấn trong nghiên cứu định tính ở Ấn Độ [256]; Thiếu các tài liệu truyền thông, tài liệu bằng tiếng địa phương, trang thiết bị nghèo nàn, thiếu hệ thống quản lý thông tin theo dõi bệnh nhân [132]; 65,5% vì không được đào tạo về tư vấn, 43,6% vì không được đào tạo về xét nghiệm, 70,7% sẵn sàng thực hiện nhưng không biết cách thực hiện [52].

Từ kết quả và bàn luận cho thấy việc cần phải tăng cường đào tạo bổ trợ các kiến thức ở mức độ rộng hơn, bổ sung nhân lực y tế cho các tuyến, tổ chức phân công trách nhiệm cụ thể từng công đoạn giúp hạn chế việc thiếu nhân lực, khắc phục liên kết lỏng lẻo giữa các khoa phòng.

Đặc điểm khách hàng xét nghiệm trên địa bàn can thiệp

Các yếu tố được đề cập ở địa bàn chủ yếu liên quan đến điều kiện sống khó khăn, định cư ở các khu vực xa xôi, đi lại khó khăn, trình độ dân trí thấp, không hiểu biết tiếng phổ thông. Khách hàng sinh sống ở vùng hẻo lánh, nên không cởi mở khó tiếp cận, hay lảng tránh người lạ, một số người có phong tục tập quán ở một số địa phương rất khó cho lấy máu xét nghiệm. Người dân chủ yếu lao động theo mùa vụ, hay đi làm ăn xa nên nhiều khi tiếp cận đề xuất xét nghiệm khó khăn. Các khách hàng chưa thật sự tin tưởng vào: hệ thống y tế địa phương, độ chính xác của

kỹ thuật ứng dụng trong mô hình xét nghiệm. Trong các nghiên cứu trên thế giới, các yếu tố trên rất ít được đề cập có thể do đặc thù khu vực nghiên cứu tập trung đông các đồng bào dân tộc thiểu số, mức thu nhập bình quân thấp. Để khắc phục tình trạng trên và gia tăng hiệu quả can thiệp, cần có sử dụng các tài liệu thông điệp quảng bá về dịch vụ phù hợp, các cán bộ biết tiếng địa phương và hiểu phong tục tập quán của đồng bào dân tộc thiểu số từ đó mở rộng tạo cầu xét nghiệm.

Một số các vấn đề được đề cập ở các nước khác liên quan đến kỳ thị phân biệt đối xử như như sợ trao đổi với người thân và bạn tình như nghiên cứu tại Ấn Độ [256], tại Canada [146], tại Mỹ [207], xấu hổ và sợ phân biệt kỳ thị như nghiên cứu tại Châu Âu [247]; lo sợ về chi phí như nghiên cứu tại Châu Âu [247] thì không phải là rào cản tại địa bàn. Điều này cho thấy vấn đề kỳ thị đã được kiểm soát và hạn chế, các xét nghiệm ở khu vực này đang được các dự án hỗ trợ và hoàn toàn miễn phí. Tuy nhiên một trong những điểm mới nổi ở khu vực là vấn đề lây truyền sang bạn tình bạn chích, vì vậy cần có những nghiên cứu sâu hơn để đánh giá và tìm hiểu các vấn đề này, phải chăng đây là vấn đề kỳ thị ẩn chưa được phát hiện và can thiệp triệt để. Một vấn đề thách thức cần đặt ra khi nguồn lực y tế cắt giảm, cơ chế tự chủ lấy thu để bù chi nên cần phải nghiên cứu đề xuất mô hình cung cấp dịch vụ hiệu quả, chi phí thấp phù hợp với điều kiện, hoàn cảnh sống của người dân.

4.3.2.3. Phạm vi mở rộng và tính thời sự của mô hình.

Trên cơ sở các bằng chứng khoa học từ nghiên cứu, các chính sách đã và đang được xem xét điều chỉnh nâng phạm vi ảnh hưởng để tạo điều kiện tối đa cho việc mở rộng mô hình trên toàn quốc: Từ việc giảm tiêu chuẩn cắt giảm các điều kiện không cần thiết về nhân lực như thời gian thực hành mở rộng phạm vi lĩnh vực đào tạo có thể ứng dụng, lồng ghép các điều kiện về trang thiết bị, cơ sở vật chất vào các điều kiện chung của phòng xét nghiệm vi sinh, giảm bước và công đoạn trong giai đoạn thực hành, đơn giản hóa thủ tục hành chính, phân cấp cấp phép [39], [45], [6]. Tuy nhiên một số yếu tố hỗ trợ cần phải tiếp tục cải thiện để mô hình được phát huy rộng hơn nữa như việc triển khai các chương trình ngoại kiểm bằng mẫu khô, tích hợp các phương pháp xét nghiệm phát hiện mới nhiễm, hiện tại các giải pháp này vẫn đang được nghiên cứu thử nghiệm ở giai đoạn đầu. Mô hình hiện tại đã và đang được mở rộng phát triển nhân rộng trên toàn quốc cho đến nay đã có 86 quận/huyện

có cơ sở xét nghiệm khẳng định HIV theo mô hình POCT khẳng định HIV góp phần mở rộng độ bao phủ phòng xét nghiệm khẳng định HIV trên toàn quốc. Mô hình đã được đánh giá vẫn đang phát huy được hiệu quả và phù hợp với bối cảnh của Việt Nam giúp cho đạt được mục tiêu cam kết 90:90:90 của UANDS, giúp phát hiện sớm người nhiễm, giảm mất máu, tăng cường kết nối điều trị sớm, giảm gánh nặng bệnh tật HIV. Mô hình là điều kiện tiên quyết trong việc triển khai thành công các mô hình điều trị trong ngày, đặc biệt phát huy được hiệu quả trong bối cảnh các dịch bệnh Covid đang diễn biến phức tạp, bệnh nhân không phải đi lại nhiều, không phải đợi chờ nhận kết quả, được nhận nhiều dịch vụ tại một chỗ cùng một lúc. Vì vậy mô hình vẫn có tính thời sự và giá trị đồng thời được xác định là một trong các giải pháp về mặt kỹ thuật để thực hiện Chiến lược Quốc gia chấm dứt dịch bệnh AIDS vào năm 2030 [46].

4.4. Một số hạn chế của nghiên cứu

Do vấn đề giới hạn về nguồn lực và thời gian nên nghiên cứu cũng có những hạn chế nhất định như:

Nghiên cứu chỉ so sánh can thiệp trước sau trên cùng 1 địa bàn nghiên cứu, thiếu phần so sánh đối chứng với các cơ sở không triển khai can thiệp POCT HIV khẳng định ở các địa bàn khác nhau. Đồng thời mô hình can thiệp được đánh giá trên các địa bàn vùng núi chưa đánh giá được ở mô hình đồng bằng, nông thôn cũng như thành thị hoặc biển đảo.

Nghiên cứu định tính chưa thực hiện được trên nhóm khách hàng có hành vi nguy cơ chưa đến xét nghiệm HIV, do nguồn lực vào thời gian không cho phép. Tuy nhiên phân rào cản không tiếp cận hoặc tiếp cận muộn cũng đã được đề cập trong các nghiên cứu trước đó tại Việt Nam trên các nhóm người có hành vi nguy cơ cao ở phần tổng quan và bàn luận các yếu tố liên quan đến tiếp cận và sử dụng xét nghiệm HIV.

Nghiên cứu sử dụng số liệu hồi cứu do đó sai số có thể gặp phải do việc khai thác thông tin và ghi chép thông tin không đầy đủ. Các sai số thường gặp phải là việc thiếu thông tin đầy đủ về tên, ngày làm xét nghiệm. Các biện pháp khắc phục sai số: căn cứ theo tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu; loại bỏ các bản ghi không đầy đủ từ các phần mềm quản lý dữ liệu hiện có. Đồng thời đối chiếu giữa

các ứng dụng quản lý số liệu khác nhau để rà soát, bổ sung các thông tin thiếu hụt, dựa trên mã số bệnh nhân để đối chiếu thông tin. Tuy nhiên cũng có những trường hợp rất khó để loại trùng khi khách hàng sử dụng thông tin tên tuổi, địa chỉ không chính xác đặc biệt với những khách hàng âm tính.

Với thời gian của nghiên cứu ngắn chỉ trong thời gian 2 năm nên chỉ theo dõi được các sự kiện trong thời gian 2 năm của bệnh nhân, không theo dõi được từ khi bệnh nhân đến xét nghiệm HIV đến khi tử vong như: các vấn đề về duy trì điều trị ARV, điều trị dự phòng của các khách hàng xét nghiệm, cũng như tìm hiểu các yếu tố liên quan đến việc bỏ trị, mất dấu và tử vong. Không theo dõi được nhóm khách hàng âm tính có hành vi nguy cơ, sự xuất hiện HIV dương tính và hiệu quả dự phòng của nhóm khách hàng âm tính.

Chưa xem xét được các yếu tố: thực hiện xét nghiệm lại, xét nghiệm lần đầu trong nhóm khách hàng xét nghiệm, mức độ tiếp cận trong nhóm nguy cơ cao ngoài cộng đồng. Chưa chi tiết được cụ thể thời gian từ khâu đoạn của chu trình, từ khi lấy mẫu đến khi kết quả được gửi về cơ sở lấy mẫu do không ghi chép được thông tin cụ thể nên không tính toán được.

Những hạn chế của nghiên cứu cho thấy có những ảnh hưởng nhất định đến những kết luận của nghiên cứu với hiệu quả làm tăng tỷ lệ tiếp cận xét nghiệm HIV trong nhóm nguy cơ cao và phát hiện người nhiễm HIV ở giai đoạn sớm, so sánh với giai đoạn trước can thiệp và số liệu báo cáo toàn tỉnh thì cho thấy có sự gia tăng tỷ lệ tiếp cận và phát hiện người nhiễm HIV, đồng thời trong thời gian nghiên cứu thì các hoạt động can thiệp về HIV vẫn đang được diễn ra theo thông thường không có đột biến so với các chương trình đã triển khai trước đó, các nghiên cứu trên thế giới đều có chứng minh hiệu quả này. Điều này cho thấy mô hình có sự đóng góp vào hiệu quả tiếp cận và phát hiện người nhiễm HIV, tuy nhiên để chắc chắn hiệu quả mang lại từ mô hình cần có thêm các nghiên cứu so sánh với các huyện tương đồng không triển khai can thiệp.

4.5. Một số điểm mới và gợi mở của nghiên cứu

Đây là nghiên cứu lần đầu thực hiện tại Việt Nam, thực hiện việc theo dõi xuyên suốt từ khi khách hàng đến tư vấn đến khi khách hàng được điều trị ARV, một nghiên cứu kết hợp đánh giá tổng thể hiệu quả chương trình, hiệu quả kinh tế cho

đến tìm hiểu các yếu tố liên quan để tiếp tục cải thiện và hoàn thiện mô hình. Trong nghiên cứu ngoài việc khẳng định mô hình dịch tễ ở các khu vực miền núi có sự thay đổi từ NCMT truyền thống sang việc lây truyền cho đối tượng bạn tình/bạn chích và thường phát hiện ở giai đoạn muộn. Nghiên cứu cũng cho thấy: mô hình xét nghiệm khẳng định HIV lồng ghép cơ sở y tế tuyến huyện lần đầu thực hiện tại Việt Nam là có hiệu quả và khả thi; tuy nhiên mô hình cũng cần phải thay đổi để phù hợp với những bối cảnh địa bàn khác nhau và các hoàn cảnh về đầu tư khác nhau; đồng thời việc duy trì mở rộng mô hình lâu dài còn mang lại hiệu quả về kinh tế. Mô hình POCT HIV phần lớn được áp dụng trên thế giới chỉ dừng ở mức độ sàng lọc chưa được áp dụng khẳng định nhiều do những quan ngại về chất lượng sinh phẩm, tuy nhiên tại Việt Nam để thực hiện được mô hình đã có những nghiên cứu tiền đề trước đó về đánh giá sinh phẩm xét nghiệm, xây dựng và thí điểm các phương cách xét nghiệm kết hợp 3 sinh phẩm nhanh. Nghiên cứu định tính được thực hiện tổng thể cả ở giai đoạn phát hiện vấn đề, ứng dụng can thiệp đem lại bức tranh toàn cảnh về khu vực miền núi, góp phần quan trọng cho việc hoàn thiện và điều chỉnh mô hình, giúp tối ưu hóa hiệu quả can thiệp.

Nghiên cứu cũng gợi mở ra các nghiên cứu cần được tiếp tục thực hiện như: nghiên cứu đánh giá tìm hiểu các yếu tố có liên quan xét nghiệm HIV đặc thù ở khu vực thành thị, đồng bằng, nông thôn; nghiên cứu định tính đánh giá việc triển khai hoạt động thông báo kết quả và tăng cường tư vấn bạn tình/bạn chích cho khu vực vùng núi; thiết lập thí điểm mô hình giám sát ca bệnh toàn diện; theo dõi đánh giá tác động hiệu quả lâu dài của việc áp dụng mô hình như việc phát hiện sớm, tiếp cận điều trị sớm giảm gánh nặng bệnh tật tại các khu vực can thiệp; nghiên cứu và đề xuất các giải pháp ứng dụng POCT tương tự cho các xét nghiệm khác phục vụ phòng chống dịch ở các khu vực vùng sâu, vùng xa.

KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm khách hàng tham gia nghiên cứu

Khách hàng có yếu tố/hành vi nguy cơ đến xét nghiệm chưa nhiều, trong đó NCMT chiếm 33,9%, QHTDKAT chiếm 10,1%; có tới 38% khách hàng chưa khai thác được nguy cơ lây nhiễm HIV.

Mô hình dịch ở khu vực nghiên cứu vẫn đang tập trung trong các nhóm NCMT, bạn tình/bạn chích và tiềm ẩn nhiều nguy cơ bùng phát: 3,01% khách hàng xét nghiệm nhiễm HIV, trong đó 58,6% là nam giới, 90% ở độ tuổi 16-49 tuổi, 55,4% có hành vi NCMT, 16,5% có QHTDKAT, 12,5% có vợ/chồng bạn tình nhiễm HIV và 9,7% chưa xác định được nguy cơ.

5.2. Thực trạng, các yếu tố liên quan hoạt động xét nghiệm HIV (SLab)

Trước can thiệp phát hiện 2,4% khách hàng xét nghiệm dương tính với HIV, tỷ lệ không đồng nhất giữa kết quả sàng lọc và khẳng định HIV là 0,2% chủ yếu do sàng lọc dương tính giả. Tình trạng đến xét nghiệm muộn vẫn cao (40,3% phát hiện muộn và 10% rất muộn), gặp nhiều ở Mường Lát, Quan Hóa (OR=8,16; 2,83), nữ giới (OR=2,24), trong nhóm từ 40-49 tuổi (OR=2,77).

Chỉ có 88,6% khách hàng dương tính HIV nhận kết quả xét nghiệm HIV. Việc kết nối điều trị ARV chưa cao đạt 75,6%, thấp ở Huyện Điện Biên, Quan Hóa, ở nhóm nam giới, nhóm NCMT. 24,4% người nhiễm HIV mất dấu hoặc tử vong trước điều trị ARV, trong đó 47% trước khi nhận kết quả và 51% sau khi nhận kết quả và trước đăng ký OPC.

Vẫn còn 26,9% bệnh nhân HIV không được chuyển gửi đầy đủ tới các dịch vụ điều trị và dự phòng lây nhiễm do hiểu biết của khách hàng và chất lượng tư vấn sau xét nghiệm.

Thời gian trung bình chờ nhận kết quả xét nghiệm còn dài, $0,8 \pm 8,9$ (0-476) ngày với kết quả xét nghiệm chung và $31,2 \pm 51,5$ (0-476) ngày với kết quả dương tính HIV, lâu nhất là ở huyện Điện Biên và Mộc Châu. Thời gian trung bình chờ được điều trị ARV dài, $28,8 \pm 51,6$ (0-270) ngày, lâu nhất ở Quan Hóa và huyện Điện Biên.

Các yếu tố ảnh hưởng tới hoạt động xét nghiệm HIV gồm: (1) Yếu tố cá nhân: rào cản điều kiện sinh sống khó khăn, sử dụng ngôn ngữ phổ thông hạn chế; tâm lý lo sợ, kỳ thị phân biệt đối xử; thiếu hiểu biết và niềm tin, có quan điểm sai lầm về HIV, xét nghiệm HIV. (2) Yếu tố môi trường xã hội: rào cản từ địa bàn trải rộng, mật bằng dân trí thấp, đa văn hóa và dân tộc, kèm theo việc chưa đồng bộ, phối hợp và hỗ trợ của chính quyền địa phương trong công tác phòng chống HIV/AIDS ít nhiều ảnh hưởng đến việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ. (3) Yếu tố hệ thống y tế: rào cản chủ yếu do cán bộ y tế còn thiếu và không đủ kiến thức kỹ năng, còn sự phân biệt kỳ thị; Mô hình xét nghiệm chưa phù hợp thời gian chờ đợi lâu, cơ sở vật chất nghèo nàn, chưa tạo được niềm tin, quá nhiều thủ tục, trang thiết bị đơn sơ, không đầy đủ các dịch vụ y tế cần thiết, chưa quảng bá giới thiệu về dịch vụ phù hợp. Ngược lại, các yếu tố góp phần thúc đẩy sử dụng dịch vụ như: Khách hàng được giáo dục truyền thông về HIV/xét nghiệm HIV, hoặc có tâm lý lo sợ cho bản thân/gia đình; Cơ sở y tế có cán bộ y tế là người địa phương hiểu biết tiếng dân tộc, cung cấp nhiều dịch vụ cùng lúc, miễn phí và có sự hỗ trợ của cộng tác viên, đồng đẳng viên.

5.3. Hiệu quả, khả thi của mô hình can thiệp

Tiếp cận được nhiều hơn khách hàng ở nhóm tuổi già và có hành vi nguy cơ, tăng 8,2% ở nhóm 40-49 tuổi và 5,2% ở nhóm >50 tuổi ($p < 0,001$), tăng 12% ở nhóm có hành vi nguy cơ cụ thể: tăng 14,6% nhóm NCMT; 2,6% nhóm QHTDKAT ($p < 0,001$). Từ đó tăng tiếp cận phát hiện được nhiều người HIV dương tính hơn, tỷ lệ phát hiện tăng từ 2,43% lên 4% ($p < 0,001$).

Tiếp cận và phát hiện người nhiễm HIV ở giai đoạn sớm hơn, tăng 17,6% người nhiễm HIV được phát hiện ở giai đoạn sớm ($p < 0,001$).

Cải thiện việc nhận kết quả xét nghiệm HIV, đặc biệt trong nhóm khách hàng dương tính với HIV, tăng từ 88,56% lên 95% ($p = 0,0189$). Rút ngắn thời gian chờ kết quả xét nghiệm sớm hơn gần 01 tháng với khách hàng dương tính HIV ($1,45 \pm 4,5$ so với $29,9 \pm 49$ trước can thiệp, $p < 0,001$) giúp cải thiện tỷ lệ nhận kết quả xét nghiệm trong ngày hơn 77,3% ($p < 0,001$), góp phần thực hiện hiệu quả mô hình “test and treat”, mô hình điều trị trong ngày.

Góp phần cải thiện kết nối chăm sóc điều trị: giảm tỷ lệ bệnh nhân không được làm xét nghiệm CD4 hoặc thăm khám lâm sàng ngay tại giai đoạn phát hiện từ 32,8% xuống còn 29,5%. Tiết kiệm được 20 ngày chờ điều trị của bệnh nhân (từ 28,8+51,6 xuống 9,3+23,3 ($p<0,001$)). Tăng 28,2% tỷ lệ bệnh nhân được điều trị nhanh ≤ 06 ngày ($p<0,001$).

Cải thiện việc chuyển gửi tới các dịch vụ dự phòng: tăng 1,4% và 1,6% tỷ lệ chuyển gửi đúng ở nhóm khách hàng chung ($p<0,05$) và khách hàng âm tính ($p<0,05$).

Nâng cao chất lượng xét nghiệm: Giảm tỷ lệ kết quả không đồng nhất giữa sàng lọc và khẳng định HIV từ 0,2% xuống còn 0,02% ($p<0,01$, OR=8,51, 95%CI: 1,29-359,91).

Tiết kiệm chi phí xét nghiệm, giảm 56,2% chi phí trung bình cho một trường hợp phát hiện HIV dương tính (tương đương 230,5 USD/một trường hợp nhiễm HIV).

Mô hình POCT cải thiện hiệu quả xét nghiệm, tỷ lệ hiệu quả tăng từ 20,3% lên 22,3% ($p<0,05$), hiệu quả chương trình tăng lên gấp 1,34 lần (95%CI:1,22-1,46, $p<0,001$) so với trước can thiệp.

Mô hình được đánh giá là khả thi ở các khu vực hạn chế nguồn lực và dịch vụ; đáp ứng được các nhu cầu mong muốn của khách hàng và địa phương; được chấp nhận và đồng thuận ở cán bộ y tế tuyến cơ sở. Mô hình khẳng định được sự bền vững, tính thời sự và nhân rộng như một giải pháp chiến lược phổ cập dịch vụ xét nghiệm, góp phần tăng hiệu quả chương trình phòng, chống HIV/AIDS thông qua cải thiện xét nghiệm phát hiện HIV, kết nối dự phòng điều trị. Một số yếu tố ảnh hưởng tiến độ, chất lượng thực hiện mô hình cần quan tâm: (1) chất lượng, cung ứng sinh phẩm xét nghiệm. (2) Hướng dẫn, tổ chức, phối hợp và kiểm soát đảm bảo chất lượng của hệ thống y tế. (3) Số lượng, chất lượng, phối hợp trong quy trình, hoạt động của cán bộ y tế. (4) Điều kiện sinh sống, văn hóa tập tục, trình độ, hiểu biết và niềm tin của khách hàng xét nghiệm.

KHUYẾN NGHỊ

Đối với 5 cơ sở y tế tuyến huyện nghiên cứu

1. Cải thiện chất lượng tư vấn để khai thác triệt để các hành vi nguy cơ khách hàng. Tăng cường chất lượng kết nối chuyển gửi sau xét nghiệm đầy đủ tới dịch vụ dự phòng và chăm sóc điều trị ARV với khách hàng dương tính.
2. Tăng cường việc quảng bá về dịch vụ xét nghiệm, chất lượng dịch vụ để tạo niềm tin cho khách hàng, kết nối và hiệu quả của chương trình tiếp cận xét nghiệm tại cộng đồng.
3. Tiếp tục duy trì các chương trình can thiệp sẵn có đang phát huy hiệu quả cho nhóm NCMT, QHTDKAT. Mở rộng mô hình tư vấn xét nghiệm bạn tình bạn chích tại địa bàn. Triển khai cung cấp nhiều dịch vụ HIV tại một điểm.
4. Tiếp tục nghiên cứu tìm hiểu các yếu tố nguyên nhân ảnh hưởng đến tình trạng lây nhiễm HIV trong nhóm bạn tình bạn chích, tình trạng mất đầu và tử vong trong quá trình cung cấp dịch vụ. Xác định tỷ lệ nhiễm mới tại địa bàn.

Đối với chương trình xét nghiệm HIV

1. Hoàn thiện mô hình thân thiện, đơn giản phù hợp với nhiều loại địa bàn khó khăn. Đơn giản và điện tử hóa hồ sơ, sổ sách, báo cáo, quản lý và kết nối dữ liệu thông tin thống nhất. Nghiên cứu mở rộng mô hình POCT HIV phù hợp với các địa bàn, đặc điểm khách hàng khác nhau.
2. Tạo cơ chế công nhận kết quả lẫn nhau, phân vùng chuyển mẫu xét nghiệm HIV để giảm tải chi phí và tăng hiệu quả chương trình.
3. Bổ sung tài liệu các quy trình xét nghiệm HIV chuẩn chi tiết, đơn giản cho tuyến dưới để áp dụng và thực hiện. Tài liệu đào tạo trực tuyến để tiếp cận, dễ học và thực hành. Cung cấp đầy đủ các hướng dẫn kiểm soát chất lượng sinh phẩm và tiêu chuẩn tài liệu hướng dẫn đi kèm theo sinh phẩm trong quá trình cung ứng và sử dụng.
4. Nghiên cứu ứng dụng các hình thức triển khai chương trình đảm bảo chất lượng xét nghiệm phù hợp cho địa bàn miền núi đi lại khó khăn như việc sử dụng các mẫu ngoại kiểm khô.
5. Triển khai ứng dụng các sinh phẩm thế hệ mới nhằm phát hiện sớm hơn người nhiễm HIV và các đồng nhiễm kèm theo.
6. Duy trì sự bền vững, nhân rộng và đảm bảo chất lượng mô hình POCT khẳng định HIV trên toàn quốc.

Đối với các chương trình xét nghiệm kiểm soát các bệnh truyền nhiễm

1. Áp dụng POCT để phát hiện và kiểm soát nhanh các bệnh truyền nhiễm.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH CÔNG BỐ KẾT QUẢ

1. Nguyễn Việt Nga, Hồ Thị Hiền, Nguyễn Thanh Long, *Kết quả thực hiện mô hình xét nghiệm khẳng định HIV tại cơ sở y tế tuyến huyện miền núi của tỉnh Điện Biên*, Tạp chí nghiên cứu y học – Đại học Y Hà Nội, số 128, tập 4, tháng 6 năm 2020, tr 171-177. ISSN 2354 – 080.
2. Nguyễn Việt Nga, Hồ Thị Hiền, Nguyễn Thanh Long, *Đặc điểm khách hàng xét nghiệm HIV trong nghiên cứu can thiệp xét nghiệm khẳng định HIV tại cơ sở y tế huyện miền núi phía Bắc Việt Nam*, Tạp chí nghiên cứu y học – Đại học Y Hà Nội, số 128, tập 4, tháng 6 năm 2020, tr 178-185. ISSN 2354 – 080.
3. Nguyen Viet Nga, Ho Thi Hien, Nguyen Thanh Long, *The cost of HIV testing HIV confirmatory testing model at five mountain district health facilities*, Journal of Health & Development Studies, pg 84-92, Vol.05 No 2-2021. ISSN 2588 – 1442.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Bộ Y tế (2005), *Quyết định số 868/QĐ - BYT về việc Ban hành 7 biểu mẫu sổ sách dùng cho phòng xét nghiệm HIV.*
2. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 1098/QĐ - BYT Hướng dẫn quốc gia về xét nghiệm huyết thanh học HIV.*
3. Bộ Y tế (2013), *Thông tư số 32/2013/TT- BYT hướng dẫn quản lý, theo dõi điều trị người nhiễm HIV và người phơi nhiễm với HIV.*
4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 02/QĐ - BYT ngày 06/01/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn thực hiện việc đánh giá, giám sát hỗ trợ kỹ thuật phòng xét nghiệm phục vụ công tác phòng, chống HIV/AIDS.*
5. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 3047/QĐ - BYT ngày 22/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc Hướng dẫn quản lý điều trị và chăm sóc HIV/AIDS.*
6. Bộ Y tế (2019), *Thông tư số 04/2019/TT-BYT quy định việc phân cấp thẩm quyền cấp, điều chỉnh, thu hồi giấy chứng nhận đủ điều kiện xét nghiệm khẳng định các trường hợp HIV dương tính và đình chỉ hoạt động xét nghiệm khẳng định các trường hợp HIV dương tính.*
7. Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam (2014), *Báo cáo Quốc gia về tiến độ chương trình AIDS toàn cầu năm 2014.*
8. Cục Phòng chống HIV/AIDS *Hệ thống báo cáo trực tuyến hoạt động phòng, chống HIV/AIDS định kỳ*, truy cập ngày 12/8-2020, tại trang web <http://bc03.hivonline.info/Default.aspx?mod=CPanel>.
9. Cục Phòng chống HIV/AIDS (2010), *Báo cáo thực trạng hoạt động xét nghiệm*
10. Cục Phòng chống HIV/AIDS (2014), *Báo cáo thực trạng công tác tư vấn xét nghiệm và điều trị HIV tại Việt Nam.*
11. Cục Phòng chống HIV/AIDS (2017), *Báo cáo tổng kết hoạt động phòng chống HIV/AIDS năm 2017 và định hướng hoạt động năm 2018.*
12. Cục Phòng chống HIV/AIDS (2019), *Báo cáo hoạt động phòng, chống HIV/AIDS 6 tháng đầu năm 2019.*
13. Cục Phòng chống HIV/AIDS (2019), *Báo cáo kết quả giám sát trọng điểm qua các năm.*
14. Cục Phòng chống HIV/AIDS (2019), *Báo cáo tổng kết hoạt động phòng chống HIV/AIDS năm 2019 và định hướng hoạt động năm 2020.*
15. Cục Phòng chống HIV/AIDS (2019), *Hệ thống báo cáo ca bệnh (HIV info)*, chủ biên.
16. Đào Thị Minh An và các cộng sự (2013), "*Hoạt động của dịch vụ tư vấn xét nghiệm HIV tự nguyện tỉnh Sơn La 2012*", Tạp chí Y học thực hành, 889+890, tr 116-119.
17. Đào Thị Minh An và các cộng sự (2013), "*Phân tích tháp dịch vụ xét nghiệm HIV tự nguyện - Điều trị ngoại trú HIV tại tỉnh Sơn La năm 2012*", Tạp chí Y học thực hành, 889+890, tr 417.
18. Dương Lan Dung, Nguyễn Việt Tiến và Nguyễn Thị Hiền Thanh (2015), "*Thực trạng lây truyền HIV từ mẹ sang con và hiệu quả điều trị dự phòng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương và Khoa sản Bệnh viện Quảng Ninh giai đoạn 2009-2013*", Tạp chí Y học dự phòng, XXV(10(170)), tr 380-387.
19. Đỗ Huy Giang (2013), "*Thực trạng tỷ lệ nhiễm HIV và các yếu tố liên quan đến hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV trong nhóm nghiện chích ma túy, gái mại dâm tại 4 huyện/thành phố - tỉnh Thái Bình, năm 2012*", Y học thực hành(889+890), tr 15-18.

20. Hoàng Thị Thanh Hà và các cộng sự (2012), "*Đánh giá chất lượng phòng xét nghiệm huyết thanh học từ bên ngoài tại Việt Nam*", Tạp chí Y học dự phòng, XXII(8(135)), tr 260-267.
21. Lê Thị Thu Hà và các cộng sự (2014), "*Thực trạng và một số yếu tố liên quan tới tư vấn xét nghiệm tự nguyện HIV khi mang thai của phụ nữ tại 8 tỉnh duyên hải Nam trung bộ*", Tạp chí Y học dự phòng, XXIV(156).
22. Lê Thị Mỹ Hạnh, Nguyễn Ngọc Linh và Nguyễn Thị Thanh Trang (2013), "*Đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành phòng, chống HIV/AIDS trên người dân 15-49 tuổi ở tỉnh Long An năm 2012*", Y học thực hành(889+990), tr 386-389.
23. Trần Phúc Hậu và các cộng sự (2015), "*Các yếu tố liên quan đến tiền sử từng xét nghiệm HIV ở 2500 Phụ nữ mại dâm tại khu vực phía Nam, 2010*", Tạp chí Y học dự phòng, XXV(5 (165)), tr 216-221.
24. Cục Phòng chống HIV/AIDS (2015), "*Báo cáo tổng kết hoạt động phòng chống HIV/AIDS năm 2015 và định hướng kế hoạch năm 2016*".
25. Cục Phòng chống HIV/AIDS (2016), "*Báo cáo tổng kết hoạt động phòng chống HIV/AIDS năm 2016 và định hướng hoạt động năm 2017*".
26. Cục Phòng chống HIV/AIDS (2018), "*Số liệu ước tính MSM tại các tỉnh, thành phố*".
27. Hoàng Xuân Chiến (2012), "*Thực trạng nhận thức, thái độ hành vi về lây nhiễm HIV/AIDS của đồng bào dân tộc khu vực biên giới Việt-Lào tỉnh Điện Biên*".
28. Nguyễn Thị Huệ, Phạm Thị Thu Thủy và Nguyễn Thị Duyên Anh (2015), "*Kiến thức, thái độ và hành vi về HIV/AIDS trên nhóm phụ nữ mang thai tại Thành phố Hồ Chí Minh, 2014*", Tạp chí Y học dự phòng, XXV(10 (170)), tr 127-132.
29. Khuru Văn Nghĩa và các cộng sự (2013), "*Các Yếu tố liên quan đến xét nghiệm HIV trên Nam giới Khor Me và Hoa Nùng ở Việt Nam*", Y học thực hành, 889+890, tr 106.
30. Lê Chí Thanh và các cộng sự (2015), "*Chương trình ngoại kiểm cho xét nghiệm huyết thanh học HIV của Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh tại khu vực phía Nam và Tây Nguyên*", Tạp chí Y học dự phòng, XXV(10(170)), tr 94-100.
31. Phạm Đức Mạnh và các cộng sự (2015), "*Gói dịch vụ cơ bản cho nhóm nghiện chích ma túy: Độ bao phủ và tác động tới các hành vi nguy cơ*", Tạp chí Y học dự phòng, XXV(10 (170)), tr 212-219.
32. Nguyễn Bá Cẩn (2012), "*Đánh giá hiệu quả can thiệp về kiến thức, hành vi thực hành phòng, chống HIV/AIDS trong nhóm đồng bào dân tộc Thái tại huyện Quan Hóa và Lang Chánh, tỉnh Thanh Hóa*".
33. Nguyễn Bá Cẩn, Hà Đình Luận và Phạm Hoàng Anh (2013), "*Đánh giá tỷ lệ hiện nhiễm HIV và các hành vi nguy cơ liên quan ở nhóm phụ nữ bán dâm và nhóm nghiện chích ma túy qua giám sát trọng điểm phối hợp điều tra hành vi tại tỉnh Thanh Hóa năm 2010,2011,2012*", Y học thực hành(889+890), tr 23-26.
34. Phạm Đức Mạnh và các cộng sự (2015), "*Tác động của dịch vụ tư vấn xét nghiệm tự nguyện với hành vi tiêm chích trong nhóm nghiện chích ma túy tại Bắc Kạn, Hòa Bình, Tuyên Quang*", Tạp chí Y học dự phòng, XXV(10(170)).
35. Phạm Hồng Thắng và các cộng sự (2012), "*Đánh giá chất lượng 11 sinh phẩm xét nghiệm chẩn đoán HIV tại Việt Nam*", Tạp chí Y học dự phòng, XXII(8(135)), tr 240-246.
36. Phan Duy Tiêu, Hoàng Thị Tươi và Cao Thị Thanh Thủy (2015), "*Thực trạng công tác chuyển mẫu xét nghiệm huyết thanh học HIV và thời gian trả kết quả xét nghiệm khẳng định HIV tại tỉnh Yên Bái 2013-2014*", Tạp chí Y học dự phòng, XXV(10 (170)), tr 37-43.

37. Phan Thị Thu Hương và các cộng sự (2014), "*Thực trạng xét nghiệm HIV tại Việt Nam và đề xuất một số giải pháp nâng cao chất lượng xét nghiệm HIV tại Việt Nam*", Tạp chí Y học Việt Nam, 416.
38. Phan Thị Thu Hương, Nguyễn Văn Kỳ và Nguyễn Bá Cần (2013), "*Mô hình tư vấn xét nghiệm tự nguyện dựa vào cộng đồng tại 2 huyện miền núi tỉnh Thanh Hóa*", Tạp chí Y học thực hành, 889+890, tr 35-42.
39. Thủ tướng Chính Phủ (2016), *Nghị định số 75/2016/NĐ - CP quy định điều kiện thực hiện xét nghiệm HIV*.
40. Nguyễn Duy Phúc và các cộng sự (2015), "*Xét nghiệm HIV ở Nam nghiện chích ma túy tại khu vực phía nam*", Tạp chí Y học dự phòng, XXV(5(165)), tr 229-236.
41. Phạm Duy Quang và các cộng sự (2015), "*Hiện nhiễm HIV, hành vi nguy cơ và tiếp cận chương trình phòng chống ở các quần thể nguy cơ cao tại khu vực phía Nam, 2010-2014*", Tạp chí Y học dự phòng, XXV(10(170)), tr 141-149.
42. Bùi Thị Tú Quyên và các cộng sự (2015), "*Nhu cầu kiến thức, thái độ về xét nghiệm HIV chưa được đáp ứng của phụ nữ mại dâm tại Đồ Sơn, Cát Bà Hải Phòng năm 2014*", Tạp chí Y tế công cộng, 36.
43. Bộ Y tế (2013), *Thông tư số 01/2015/TT-BYT Hướng dẫn tư vấn phòng, chống HIV/AIDS trong cơ sở y tế*.
44. Vũ Xuân Thịnh và các cộng sự (2015), "*Kết quả xét nghiệm PCR chẩn đoán sớm nhiễm HIV cho trẻ dưới 18 tháng tuổi sinh ra từ mẹ nhiễm HIV ở khu vực Nam Trung Bộ, Tây Nguyên và miền Nam năm 2014*", Tạp chí Y học dự phòng, XXV(5(165)), tr 187-190.
45. Thủ tướng Chính phủ (2018), *Nghị định số 155/2018/NĐ-CP sửa đổi, bổ sung một số quy định liên quan điều kiện đầu tư kinh doanh thuộc phạm vi quản lý nhà nước của Bộ Y tế*.
46. Thủ tướng Chính phủ (2020), *Chiến lược Quốc gia chấm dứt dịch bệnh AIDS vào năm 2030*.
47. Nguyễn Vũ Thượng và các cộng sự (2013), "*Các Yếu tố liên quan đến xét nghiệm HIV khi mang thai ở phụ nữ Khơ me và Hoa Nùng tại Việt Nam*", Y học thực hành(889+890), tr 111-115.
48. Cao Thị Thanh Thủy và các cộng sự (2014), "*Tiếp cận chẩn đoán sớm nhiễm HIV của trẻ phơi nhiễm dưới 18 tháng tuổi tại Việt Nam giai đoạn 2010 -2012*", Tạp chí Y học dự phòng, XXIV(5(154)).
49. Trần Thị Thanh Thủy, Phạm Thị Đào và Trương Tấn Nam (2013), "*Khảo sát kiến thức, thái độ và thực hành trong phòng, chống HIV/AIDS của cộng đồng dân cư từ 15-49 tuổi tại Đà Nẵng năm 2011-2012*", Y học thực hành(889+890), tr 191-198.
50. Nguyễn Anh Tuấn, Trần Đại Quang và Trần Vũ Hoàng (2015), "*Chiều hướng nhiễm HIV, các hành vi nguy cơ và nhận kết quả xét nghiệm HIV trên nhóm phụ nữ bán dâm tại Việt Nam, 2005-2013*", Tạp chí Y học dự phòng, XXV(10 (170)), tr 22-29.
51. Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương (2014), *Đề tài nghiên cứu "Xây dựng và đánh giá phương cách xét nghiệm HIV quốc gia trên thực địa"*.

Tiếng Anh

52. C Agusti et al (2013), "*Attitudes to rapid HIV testing among Spanish General Practitioners*", HIV medicine, 14(S3), pg 53-56.
53. J Aho et al (2012), "*High acceptability of HIV voluntary counselling and testing among female sex workers: impact of individual and social factors*", HIV medicine, 13(3), pg 156-165.

54. Md Shah Alam et al (2016), "*Point of care HIV testing with oral fluid among returnee migrants in a rural area of Bangladesh*", *Current Opinion in HIV and AIDS*, 11(Suppl 1), pg S52.
55. George Alemnji et al (2016), "*Improving the Quality of and Access to HIV Rapid Testing in the Caribbean Region: Program Implementation, Outcomes, and Recommendations*", *AIDS research and human retroviruses*, 32(9), pg 879-884.
56. Gerardo Alvarez-Uria et al (2012), "*Factors associated with late presentation of HIV and estimation of antiretroviral treatment need according to CD4 lymphocyte count in a resource-limited setting: data from an HIV cohort study in India*", *Interdisciplinary Perspectives on Infectious Diseases*, 2012.
57. Amitabh B. Suthar et al (2013), "*Towards Universal Voluntary HIV Testing and Counselling: A Systematic Review and Meta-Analysis of Community-Based Approaches*", *PLoS One*.
58. Henry D Anaya et al (2008), "*Improving HIV screening and receipt of results by nurse-initiated streamlined counseling and rapid testing*", *Journal of General Internal Medicine*, 23(6), pg 800-807.
59. Abebayehu Bitew Aniley et al (2016), "*Factors Associated With Late HIV Diagnosis among Peoples Living with HIV, Northwest Ethiopia: Hospital based Unmatched Case-control Study*", *HIV & Retro Virus*.
60. A Antinori et al (2011), "*Late presentation of HIV infection: a consensus definition*", *HIV medicine*, 12(1), pg 61-64.
61. Lambert Tetteh Appiah et al (2009), "*Efficacy and acceptability of rapid, point-of-care HIV testing in two clinical settings in Ghana*", *AIDS patient care and STDs*, 23(5), pg 365-369.
62. Gregory Armstrong et al (2015), "*Undiagnosed HIV among people who inject drugs in Manipur, India*", *AIDS care*, 27(3), pg 288-292.
63. Shabnam Asghari et al (2015), "*HIV Point-of-Care Testing in Canadian Settings*."
64. Tran Xuan Bach et al (2013), "*HIV voluntary testing and perceived risk among female sex workers in the Mekong Delta region of Vietnam*", *Global health action*, 6(1), pg 20690.
65. Bao An et al (2016), "*Correlates of HIV Testing Among Transgender Women in Ho Chi Minh, Vietnam*", *AIDS and behavior*, 20(Suppl 3), pg 371.
66. Georges Batona et al (2015), "*Understanding the intention to undergo regular HIV testing among female sex workers in Benin: a key issue for entry into HIV care*", *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 68, pg S206-S212.
67. Greta R Bauer et al (2012), "*High heterogeneity of HIV-related sexual risk among transgender people in Ontario, Canada: a province-wide respondent-driven sampling survey*", *BMC public health*, 12(1), pg 1.
68. Alexander R Bazazi et al (2018), "*HIV Testing and awareness of HIV status among people who inject drugs in greater Kuala Lumpur, Malaysia*", *AIDS care*, 30(1), pg 59-64.
69. BC centre for Disease Control (2014), "*Point of Care HIV Test Guidelines for Health Care Settings*."
70. Tara SH Beattie et al (2012), "*Personal, interpersonal and structural challenges to accessing HIV testing, treatment and care services among female sex workers, men who have sex with men and transgenders in Karnataka state, South India*", *Journal of epidemiology and community health*, 66(Suppl 2), pg ii42-ii48.

71. Marissa L Becker et al (2013), "*Feasibility and success of HIV point-of-care testing in an emergency department in an urban Canadian setting*", Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology, 24(1), pg 27-31.
72. MJ Belza et al (2015), "*Assessment of an outreach street-based HIV rapid testing programme as a strategy to promote early diagnosis: a comparison with two surveillance systems in Spain, 2008–2011*", Euro Surveill, 20(14), pg 23-33.
73. Angela M Bengtson et al (2014), "*Levels of alcohol use and history of HIV testing among female sex workers in Mombasa, Kenya*", AIDS care, 26(12), pg 1619-1624.
74. Adele Schwartz Benzaken et al (2014), "*External quality assurance with dried tube specimens (DTS) for point-of-care syphilis and HIV tests: experience in an indigenous populations screening programme in the Brazilian Amazon*", Sexually transmitted infections, 90(1), pg 14-18.
75. Joshua Bergman et al (2013), "*Feasibility and field performance of a simultaneous syphilis and HIV point-of-care test based screening strategy in at risk populations in Edmonton, Canada*", AIDS research and treatment, 2013.
76. Nguyen Thanh Binh et al (2015), "*HIV infection in HIV exposed children under 18 months and related factors in north and north central Vietnam in 2011-2013*", Vietnam journal of preventive medicine, XXV(2 (162)), pg 93-100.
77. Oni J Blackstock et al (2010), "*Evaluation of a rapid HIV testing initiative in an urban, hospital-based dental clinic*", AIDS patient care and STDS, 24(12), pg 781-785.
78. K Bolsewicz et al (2015), "*Factors impacting HIV testing: a review–perspectives from Australia, Canada, and the UK*", AIDS care, 27(5), pg 570-580.
79. Julie Bottero et al (2015), "*Simultaneous HIV-HBV-HCV point-of-care tests improve outcomes in linkage-to-care: Results of a randomized-control trial in persons without healthcare coverage*", *Open Forum Infectious Diseases*, Oxford University Press, pg ofv162.
80. Kristina E Bowles et al (2008), "*Implementing rapid HIV testing in outreach and community settings: results from an advancing HIV prevention demonstration project conducted in seven US cities*", Public Health Reports, pg 78-85.
81. Logan Broeckeaert and Laurel Challacombe (2015), "*Rapid point-of-care HIV testing: A review of the evidence*", Canadian AIDS Treatment Information Exchange.
82. Amanda D Castel et al (2012), "*Implementing a novel citywide rapid HIV testing campaign in Washington, DC: findings and lessons learned*", Public health reports, pg 422-431.
83. CDC (2014), *Laboratory Testing for the Diagnosis of HIV Infection: Updated Recommendations*.
84. Karen Champenois et al (2012), "*ANRS–COMTEST: description of a community-based HIV testing intervention in non-medical settings for men who have sex with men*", BMJ open, 2(2), pg e000693.
85. Le Bao Chau et al (2017), "*Linkage between HIV diagnosis and care: Understanding the role of gender in a northern province in Vietnam*", Health care for women international, pg 1-13.
86. MY Chen et al (2010), "*Australian men who have sex with men prefer rapid oral HIV testing over conventional blood testing for HIV*", International journal of STD & AIDS, 21(6), pg 428-430.
87. N Chkhartishvili et al (2016), "*Late HIV diagnosis in Georgia: public health and economic implications*", Translational and Clinical Medicine-Georgian Medical Journal, 1(1), pg 11-14.

88. EPF Chow et al (2015), "*Behavioral interventions improve condom use and HIV testing uptake among female sex workers in China: A systematic review and meta-analysis*", *AIDS Patient Care and STDs*, 29(8), pg 454-460.
89. Katerina A Christopoulos et al (2011), "*Testing and linkage to care outcomes for a clinician-initiated rapid HIV testing program in an urban emergency department*", *AIDS patient care and STDs*, 25(7), pg 439-444.
90. Damian P Conway et al (2015), "*Rapid HIV testing is highly acceptable and preferred among high-risk gay and bisexual men after implementation in Sydney sexual health clinics*", *PloS one*, 10(4), pg e0123814.
91. Laura A Cooley et al (2016), "*Low HIV Testing among Persons Who Inject Drugs—National HIV Behavioral Surveillance, 20 US Cities, 2012*", *Drug and Alcohol Dependence*, 165, pg 270-274.
92. Angelo Brandelli Costa et al (2018), "*HIV-Related Healthcare Needs and Access Barriers for Brazilian Transgender and Gender Diverse People*", *AIDS and Behavior*, pg 1-9.
93. S Croxford et al (2018), "*Factors associated with delayed linkage to care following HIV diagnosis in the WHO European Region*", *HIV medicine*, 19(S1), pg 40-46.
94. Tania Crucitti et al (2011), "*Performance of a rapid and simple HIV testing algorithm in a multicenter phase III microbicide clinical trial*", *Clinical and Vaccine Immunology*, 18(9), pg 1480-1485.
95. Tran Anh Dam et al (2012), "*Structural Barriers to Timely Initiation of Antiretroviral Treatment in Vietnam: Findings from Six Outpatient Clinics*", *PLoS One*.
96. Demetre Daskalakis et al (2009), "*Implementation of HIV testing at 2 New York City bathhouses: from pilot to clinical service*", *Clinical Infectious Diseases*, 48(11), pg 1609-1616.
97. CF Davies, M Gompels and MT May (2015), "*Public and healthcare practitioner attitudes towards hiv testing: review of evidence from the United Kingdom (UK)*", *Int. STD Res. Rev*, 3(3), pg 91-122.
98. Kathleen N Deering et al (2015), "*Successes and gaps in uptake of regular, voluntary HIV testing for hidden street-and off-street sex workers in Vancouver, Canada*", *AIDS care*, 27(4), pg 499-506.
99. Kevin P Delaney et al (2016), "*Using a Multitest Algorithm to Improve the Positive Predictive Value of Rapid HIV Testing and Linkage to HIV Care in Nonclinical HIV Test Sites*", *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 71(1), pg 78-86.
100. Department of Health of Hong Kong (2017), *HARiS- HIV and AIDS Response Indicator Survey 2016 for Men who have Sex with Men*.
101. Paul K Drain et al (2014), "*Diagnostic point-of-care tests in resource-limited settings*", *The Lancet infectious diseases* 14(3), pg 239-249.
102. Nguyen Bui Duc et al (2013), "*Outcomes of antiretroviral therapy in Vietnam: results from a national evaluation*", *PloS one*, 8(2), pg e55750.
103. Marylène Dugas et al (2015), "*Outreach strategies for the promotion of HIV testing and care: closing the gap between health services and female sex workers in Benin*", *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 68, tr S198-S205.
104. María D Esteban-Vasallo et al (2014), "*Targeted rapid HIV testing in public primary care services in Madrid. Are we reaching the vulnerable populations?*", *International Journal of infectious diseases*, 19, pg 39-45.

105. Beng Eu et al (2014), "*Rapid HIV testing increases the rate of HIV detection in men who have sex with men: using rapid HIV testing in a primary care clinic*", *Sexual health*, 11(1), pg 89-90.
106. Sonia Fernández-Balbuena et al (2013), "*Highly visible street-based HIV rapid testing: is it an attractive option for a previously untested population? A cross-sectional study*", *Sexually transmitted infections*, pg sextrans-2013-051234.
107. Sonia Fernández-Balbuena et al (2016), "*Low HIV testing uptake following diagnosis of a sexually transmitted infection in Spain: implications for the implementation of efficient strategies to reduce the undiagnosed HIV epidemic*", *AIDS care*, 28(6), pg 677-683.
108. L Fernández-Lopez et al (2010), "*Impact of the introduction of rapid HIV testing in the Voluntary Counselling and Testing sites network of Catalonia, Spain*", *International journal of STD & AIDS*, 21(6), pg 388-391.
109. O Ferroussier et al (2013), "*Results of rapid and successful integration of HIV diagnosis and care into tuberculosis services in Benin*", *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 17(11), pg 1405-1410.
110. Sarah Fielden et al (2013), "*Evaluation findings from the pilot phase of BC's provincial point of care HIV testing program: the first 18 months*", *British Columbia: BC Centre for Disease Control*.
111. Charlene A Flash et al (2018), "*Correlates of Linkage to HIV Preexposure Prophylaxis Among HIV-Testing Clients*", *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 77(4), pg 365-372.
112. Peter N Fonjungo et al (2016), "*Access and quality of HIV-related point-of-care diagnostic testing in global health programs*", *Clinical Infectious Diseases*, 62(3), pg 369-374.
113. Masami Fujita et al (2015), "*HIV service delivery models towards 'Zero AIDS-related Deaths': a collaborative case study of 6 Asia and Pacific countries*", *BMC health services research*, 15(1), pg 1.
114. Jacqueline Gahagan, Alexa Minichiello and Michelle Swab (2015), "*Rapid HIV Point-of-Care Testing in Non-Urban Settings*".
115. Deepika Ganju, Sowmya Ramesh và Niranjana Saggurti (2016), "*Factors associated with HIV testing among male injecting drug users: findings from a cross-sectional behavioural and biological survey in Manipur and Nagaland, India*", *Harm Reduction Journal*, 13(1), pg 1.
116. Macarena Cecilia Garcia et al (2013), "*Never testing for HIV among Men who have Sex with Men in Viet Nam: results from an internet-based cross-sectional survey*", *BMC public health*, 13(1), pg 1236.
117. Aaron Gardner et al (2016), *Prevalence and risk factors of "Late-to-Test" HIV diagnosis in Riverside County, California, APHA 2016 Annual Meeting & Expo (Oct. 29-Nov. 2, 2016)*, American Public Health Association.
118. Haileyesus Getahun và Nathan Ford (2016), "*Tackling the persistent burden of tuberculosis among people living with HIV*", *Journal of the International AIDS Society*, 19(1).
119. Mark Gilbert (2010), *Impact and Use of Point of Care HIV Testing: A Public Health Evidence Paper (updated October 2010)*, BC Centre for Disease Control, STI/HIV Prevention and Control.
120. Lloyd A Goldsamt et al (2017), "*HIV and other STIs in male sex workers: Findings from a sexual health promotion intervention in Vietnam*", *International journal of STD & AIDS*, pg 0956462417740291.

121. Michael S Gordon et al (2013), "*Rapid HIV testing for individuals on probation/parole: outcomes of an intervention trial*", *AIDS and Behavior*, 17(6), pg 2022-2030.
122. Thomas E Guadamuz et al (2015), "*Young, online and in the dark: scaling up HIV testing among MSM in ASEAN*", *PloS one*, 10(5), pg e0126658.
123. D Guenter et al (2008), "*Rapid point-of-care HIV testing in community-based anonymous testing program: a valuable alternative to conventional testing*", *AIDS patient care and STDs*, 22(3), pg 195-204.
124. M Guiguet et al (2016), "*Men from Sub-Saharan Africa Living in Worker Hostels in France: A Hidden Population with Poor Access to HIV Testing*", *Journal of Immigrant and Minority Health*, pg 1-4.
125. Christopher J Haines et al (2011), "*Pediatric emergency department-based rapid HIV testing: adolescent attitudes and preferences*", *Pediatric emergency care*, 27(1), pg 13.
126. H Irene Hall et al (2013), "*Late diagnosis and entry to care after diagnosis of human immunodeficiency virus infection: a country comparison*", *PloS one*, 8(11), pg e77763.
127. H Irene Hall et al (2016), "*Timing of linkage to care after HIV diagnosis and time to viral suppression*", *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 72(2), pg e57-e60.
128. Theodore M Hammett et al (2015), "*Female sexual partners of male people who inject drugs in Vietnam have poor knowledge of their male partners' HIV status*", *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 68(5), pg 562-567.
129. James R Hargreaves et al (2016), "*Implementation and Operational Research: Cohort Analysis of Program Data to Estimate HIV Incidence and Uptake of HIV-Related Services Among Female Sex Workers in Zimbabwe, 2009–2014*", *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 72(1), pg e1-e8.
130. Jane Harris và Rose Khatri (2015), "*Late diagnosis of HIV in the United Kingdom: An evidence review*".
131. T Heller et al (2011), "*Point-of-care HIV testing at antenatal care and maternity sites: experience in Battambang Province, Cambodia*", *International journal of STD & AIDS*, 22(12), pg 742-747.
132. J Christo Heunis et al (2011), "*Patient-and delivery-level factors related to acceptance of HIV counseling and testing services among tuberculosis patients in South Africa: a qualitative study with community health workers and program managers*", *Implementation Science*, 6(1), pg 27.
133. Ford Hickson et al (2015), "*Internet-based cohort study of HIV testing over 1 year among men who have sex with men living in England and exposed to a social marketing intervention promoting testing*", *Sex Transm Infect*, 91(1), pg 24-30.
134. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2014), *GAP Report*.
135. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2017), *UNAIDS data 2017*, chủ biên.
136. Hoang Thi Nhac Vu et al (2010), "*Risk factors for delayed HIV diagnosis at the hospital of tropical diseases in Ho Chi Minh City, Vietnam*", *International journal of STD & AIDS*, 21(12), pg 802-805.
137. Susan Holtzman et al (2016), "*Predictors of HIV testing among men who have sex with men: a focus on men living outside major urban centres in Canada*", *AIDS care*, 28(6), pg 705-711.

138. Yan Hong et al (2012), "*HIV testing behaviors among female sex workers in Southwest China*", *AIDS and Behavior*, 16(1), pg 44-52.
139. Vivian Hope et al (2016), Factors associated with undiagnosed HIV infection among people who inject drugs in England, Wales and Northern Ireland, 2005-2014, *HIV MEDICINE*, WILEY-BLACKWELL 111 RIVER ST, HOBOKEN 07030-5774, NJ USA, pg 8-8.
140. Jeremy Horwood et al (2015), "*Sexual health risks, service use, and views of rapid point-of-care testing among men who have sex with men attending saunas: a cross-sectional survey*", *International journal of STD & AIDS*, pg 0956462415580504.
141. Juan Hoyos et al (2013), "*Preferred HIV testing services and programme characteristics among clients of a rapid HIV testing programme*", *BMC public health*, 13(1), pg 1.
142. Juan Hoyos et al (2013), "*Never tested for HIV in Latin-American migrants and Spaniards: prevalence and perceived barriers*", *Journal of the International AIDS Society*, 16(1).
143. David M Huebner et al (2010), "*Rapid vs. standard HIV testing in bathhouses: What is gained and lost?*", *AIDS and Behavior*, 14(3), pg 688-696.
144. Van Hung et al (2016), "*Evaluation of the integrated clinic model for HIV/AIDS services in Ho Chi Minh City, Viet Nam, 2013–2014*", *Public Health Action*, 6(4), pg 255.
145. Nguyen Thi Thanh Huyen et al (2016), "*Collaborative activities and treatment outcomes in patients with HIV-associated tuberculosis in Viet Nam*", *Public health action*, 6(1), pg 8-14.
146. Salikah Iqbal, Leanne R De Souza and Mark H Yudin (2014), "*Acceptability, predictors and attitudes of Canadian women in labour toward point-of-care HIV testing at a single labour and delivery unit*", *Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology*, 25(4), pg 201-206.
147. Rurangirwa Jacqueline, Janson Mike and Kemdt Peter (2010), Use of Three Rapid HIV test algorithm at Point of care Settings: Contry of Los Angeles, Department of Public Health Experience, *Presented at The 2010 HIV Diagnostics Conference*, chủ biên, Orlando, FL.
148. SJ Jeong et al (2016), "*Late Presentation into Care of HIV Disease and Its Associated Factors in Asia: Results of TAHOD*", *AIDS research and human retroviruses*, 32(3), pg 255-261.
149. Harry Jin et al (2016), "*Suboptimal HIV Testing Uptake Among Men Who Engage in Commercial Sex Work with Men in Asia*", *LGBT health*.
150. C Johnson et al (2015), "*Annex 5: Systematic review of HIV testing costs in high and low income settings*".
151. C Johnson et al (2015), "A report on the misdiagnosis of HIV status", *Consolidated Guidelines on HIV Testing Services: 5Cs: Consent, Confidentiality, Counselling, Correct Results and Connection 2015*, World Health Organization.
152. Lisa G Johnston et al (2017), "*Associations of HIV Testing, Sexual Risk and Access to Prevention Among Female Sex Workers in the Dominican Republic*", *AIDS and Behavior*, 21(8), pg 2362-2371.
153. Lisa G Johnston et al (2016), "*Recent HIV Testing Among Young Men Who Have Sex with Men in Bangkok and Chiang Mai: HIV Testing and Prevention Strategies Must Be Enhanced in Thailand*", *AIDS and Behavior*, pg 1-10.
154. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2013), *Global report*.
155. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2019), *UNAIDS data 2019*.

156. Debra L Karch et al (2016), "*HIV Infection Care and Viral Suppression Among People Who Inject Drugs, 28 U.S. Jurisdictions, 2012-2013*", The Open AIDS Journal, 10, pg 127.
157. Sara Keller, Joyce Jones and Emily Erbeling (2011), "*Choice of rapid HIV testing and entrance into care in Baltimore City sexually transmitted infections clinics*", AIDS patient care and STDs, 25(4), pg 237-243.
158. Carly E Kelley et al (2011), "*Student Column toward Elimination of Perinatal HIV Transmission: New Jersey Hospital Barriers to Rapid HIV Testing in Labor and Delivery, 2005*", Public Health Reports, 126(1), pg 145-152.
159. Sabrina R Kendrick et al (2004), "*Comparison of point-of-care rapid HIV testing in three clinical venues*", Aids, 18(16), pg 2208-2210.
160. Sabrina R Kendrick et al (2005), "*Outcomes of offering rapid point-of-care HIV testing in a sexually transmitted disease clinic*", JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 38(2), pg 142-146.
161. Roongnapapa Khampang, Sawitri Assanangkornchai and Linda Cottler (2015), "*Uptake of HIV, Hepatitis B and Hepatitis C testing among injection drug users in Thailand*", International Journal of Prevention and Treatment of Substance Use Disorders, 1(3-4).
162. Derryck Klarkowski et al (2014), "*Causes of false-positive HIV rapid diagnostic test results*", Expert review of anti-infective therapy, 12(1), pg 49-62.
163. Sushil Koirala et al (2017), "*Facilitators and barriers for retention in HIV care between testing and treatment in Asia A study in Bangladesh, Indonesia, Lao, Nepal, Pakistan, Philippines and Vietnam*", PloS one, 12(5), pg e0176914.
164. Sarah Larney et al (2017), "*Global, regional, and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: a systematic review*", The Lancet Global Health, 5(12), pg e1208-e1220.
165. W Leber et al (2013), "*Point-of-care HIV testing in primary care and early detection of HIV (RHIVA2): a cluster randomised controlled trial*", The Lancet, 382, pg S7.
166. Sky W Lee et al (2015), "*A cross-sectional study of low HIV testing frequency and high-risk behaviour among men who have sex with men and transgender women in Lima, Peru*", BMC Public Health, 15(1), pg 408.
167. Vernon J Lee et al (2007), "*User acceptability and feasibility of self-testing with HIV rapid tests*", JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 45(4), pg 449-453.
168. Sara N Levintow et al (2018), "*Prevalence and predictors of depressive symptoms among HIV-positive men who inject drugs in Vietnam*", PloS one, 13(1), pg e0191548.
169. Nathaniel M Lewis, Jacqueline C Gahagan and Carlye Stein (2013), "*Preferences for rapid point-of-care HIV testing in Nova Scotia, Canada*", Sexual health, 10(2), pg 124-132.
170. Truong Xuan Lien et al (2000), "*Evaluation of rapid diagnostic tests for the detection of human immunodeficiency virus types 1 and 2, hepatitis B surface antigen, and syphilis in Ho Chi Minh City, Vietnam*", The American journal of tropical medicine and hygiene, 62(2), pg 301-309.
171. Ronald Lubelchek et al (2005), "*The role of rapid vs conventional human immunodeficiency virus testing for inpatients: effects on quality of care*", Archives of internal medicine, 165(17), pg 1956-1960.

172. Peter MacPherson et al (2011), "*Feasibility and acceptability of point of care HIV testing in community outreach and GUM drop-in services in the North West of England: a programmatic evaluation*", BMC public health, 11(1), pg 419.
173. Ulrich Marcus et al (2015), "*Recency and frequency of HIV testing among men who have sex with men in Germany and socio-demographic factors associated with testing behaviour*", BMC public health, 15(1), pg 727.
174. Eugene G Martin et al (2011), "*Use of a rapid HIV testing algorithm to improve linkage to care*", Journal of Clinical Virology, 2311(52), pg S11-S15.
175. Maurice Musheke et al (2013), "*A systematic review of qualitative findings on factors enabling and deterring uptake of HIV testing in Sub-Saharan Africa*", BMC Public Health.
176. Nicolas A Menzies et al (2009), "*Cost-effectiveness of routine rapid human immunodeficiency virus antibody testing before DNA-PCR testing for early diagnosis of infants in resource-limited settings*", The Pediatric infectious disease journal, 28(9), pg 819-825.
177. Alfred Meremo et al (2016), "*Barriers to accessibility and utilization of HIV testing and counseling services in Tanzania: experience from Angaza Zaidi programme*", Pan African Medical Journal, 23(1).
178. Carol A Metcalf et al (2005), "*Relative efficacy of prevention counseling with rapid and standard HIV testing: a randomized, controlled trial (RESPECT-2)*", Sexually transmitted diseases, 32(2), pg 130-138.
179. Massimo Mirandola et al (2017), "*Socio-demographic Characteristics, Sexual and Test-Seeking Behaviours Amongst Men Who have Sex with Both Men and Women: Results from a Bio-behavioural Survey in 13 European Cities*", AIDS and Behavior, 21(10), pg 3013-3025.
180. Kamalika Mojumdar et al (2010), "*Late presenters to HIV care and treatment, identification of associated risk factors in HIV-1 infected Indian population*", BMC Public Health, 10(1), pg 1.
181. Tanya L Kowalczyk Mullins et al (2010), "*Adolescent preferences for human immunodeficiency virus testing methods and impact of rapid tests on receipt of results*", Journal of Adolescent Health, 46(2), pg 162-168.
182. Maurice Musheke et al (2013), "*A systematic review of qualitative findings on factors enabling and deterring uptake of HIV testing in Sub-Saharan Africa*", BMC public health, 13(1), pg 220.
183. Patou Masika Musumari và Chalernpol Chamchan (2016), "*Correlates of HIV Testing Experience among Migrant Workers from Myanmar Residing in Thailand: A Secondary Data Analysis*", PloS one, 11(5), pg e0154669.
184. Patrick Nadol et al (2015), "*Findings from integrated behavioral and biologic survey among males who inject drugs (MWID) Vietnam, 2009–2010: evidence of the need for an integrated response to HIV, hepatitis B virus, and hepatitis C virus*", PloS one, 10(2), pg e0118304.
185. Reshma Naik et al (2015), "*Linkage to care following a home-based HIV counselling and testing intervention in rural South Africa*", Journal of the International AIDS Society, 18(1).
186. Sharon Nakanwagi et al (2016), "*Facilitators and Barriers to Linkage to HIV Care among Female Sex Workers Receiving HIV Testing Services at a Community-Based Organization in Periurban Uganda: A Qualitative Study*", Journal of Sexually Transmitted Diseases, 2016.

187. Tooru Nemoto et al (2012), "*HIV-related risk behaviors among kathoey (male-to-female transgender) sex workers in Bangkok, Thailand*", *AIDS care*, 24(2), pg 210-219.
188. Vu Thi Thu Nga et al (2016), "*The prevalence and correlates of HIV and undiagnosed infection among men who have sex with men in Hanoi, Vietnam: findings from a cross-sectional, biobehavioral study*", *Frontiers in public health*, 4, pg 275.
189. Khuu Van Nghia et al (2018), "*Factors Associated with Receiving Late HIV Testing Among Women Delivering at Hung Vuong Hospital, Ho Chi Minh City, Vietnam, 2014*", *AIDS and Behavior*, 22(2), pg 629-636.
190. Nghiem Van Thong et al (2018), "*Prevalence and correlates of HIV infection among men who inject drugs in a remote area of Vietnam*", *Harm reduction journal*, 15(1), pg 8.
191. Nguyen Minh X et al (2017), "*The use of technology to find sexual health information online among men who have sex with men in Hanoi, Vietnam, 2016*", *International journal of STD & AIDS*, pg 0956462417738680.
192. Nguyen Thi Thuy Hanh, Tine Gammeltoft và Vibeke Rasch (2011), "*Early uptake of HIV counseling and testing among pregnant women at different levels of health facilities-experiences from a community-based study in Northern Vietnam*", *BMC health services research*, 11(1), pg 29.
193. Nguyen Thi Thuy Van et al (2017), "*HIV point of care diagnosis: preventing misdiagnosis experience from a pilot of rapid test algorithm implementation in selected communes in Vietnam*", *Journal of the International AIDS Society*, 20(S6).
194. Nguyen Van Huy, Michael P Dunne và Joseph Debattista (2014), "*Predictors of recent HIV testing among male street laborers in urban Vietnam*", *Journal of health psychology*, 19(8), pg 1066-1078.
195. P Nhurod et al (2010), "*Access to HIV testing for sex workers in Bangkok, Thailand: a high prevalence of HIV among street-based sex workers*", *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 41(1), pg 153.
196. Bernard Njau et al (2014), "*HIV testing preferences in Tanzania: a qualitative exploration of the importance of confidentiality, accessibility, and quality of service*", *BMC Public Health*, 14, pg 838.
197. Meredith Noble et al (2017), "*HIV testing among internet-using MSM in the United States: systematic review*", *AIDS and Behavior*, 21(2), pg 561-575.
198. World Health Organization (2013), *Global update on HIV Treatment 2013: Results, impact and opportunities*.
199. World Health Organization (2013), *Health Sector Response to HIV in the South-East Asia Region*.
200. World Health Organization (2014), *Metrics for monitoring the cascade of HIV testing, care and treatment services in Asia and the Pacific, chủ biên, Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific*.
201. World Health Organization (2015), "*Improving the quality of HIV-related point-of-care testing: ensuring the reliability and accuracy of test results*".
202. Nitika Pant Pai et al (2012), "*Point-of-Care Testing for Infectious Diseases: Diversity, Complexity, and Barriers in Low- And Middle-Income Countries*", *PLoS One*, 9(9).
203. Nitika Pant Pai et al (2014), "*Will a quadruple multiplexed point-of-care screening strategy for HIV-related co-infections be feasible and impact detection of new co-*

- infections in at-risk populations? Results from cross-sectional studies*", *BMJ open*, 4(12), pg e005040.
204. Nitika Pant Pai et al (2007), "*Rapid point-of-care HIV testing in pregnant women: a systematic review and meta-analysis*", *Tropical Medicine & International Health*, 12(2), pg 162-173.
 205. Bharat S Parekh et al (2010), "*Dried tube specimens: a simple and cost-effective method for preparation of HIV proficiency testing panels and quality control materials for use in resource-limited settings*", *Journal of virological methods*, 163(2), pg 295-300.
 206. Juliette Pavie et al (2010), "*Sensitivity of five rapid HIV tests on oral fluid or finger-stick whole blood: a real-time comparison in a healthcare setting*", *PloS one*, 5(7), pg e11581.
 207. Nanetta S Payne et al (2006), "*Acceptance of HIV testing among African-American college students at a historically black university in the south*", *Journal of the National Medical Association*, 98(12), pg 1912.
 208. Rosanna W Peeling et al (2006), "*Rapid tests for sexually transmitted infections (STIs): the way forward*", *Sex Transm Infect*, 82(suppl 5), pg v1-v6.
 209. RW Peeling và D Mabey (2010), "*Point-of-care tests for diagnosing infections in the developing world*", *Clin Microbiol Infect*, 16(8), pg 1062-1069.
 210. Pham Minh D et al (2017), "*Factors associated with HIV testing among young men who have sex with men in Myanmar: a cross-sectional study*", *Journal of the International AIDS Society*, 20(3).
 211. Heather A Pines et al (2016), "*HIV testing among men who have sex with men in Tijuana, Mexico: a cross-sectional study*", *BMJ open*, 6(2), pg e010388.
 212. Marc A Pitasi et al (2017), "*HIV Testing Among Transgender Women and Men—27 States and Guam, 2014–2015*", *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 66(33), pg 883.
 213. MJ Popiel et al (2016), "*Rapid routine HIV testing for psychiatric inpatients*", *Journal of AIDS and Clinical Research*, 7(3).
 214. Pham Duy Quang et al (2015), "*Men who have sex with men in southern Vietnam report high levels of substance use and sexual risk behaviours but underutilise HIV testing services: a cross-sectional study*", *Sex Transm Infect*, 91(3), pg 178-182.
 215. Tavs Qvist et al (2014), "*High linkage to care in a community-based rapid HIV testing and counseling project among men who have sex with men in Copenhagen*", *Sexually transmitted diseases*, 41(3), pg 209-214.
 216. Suresh Rangarajan et al (2014), "*Risk factors for delayed entrance into care after diagnosis among patients with late-stage HIV disease in southern Vietnam*", *PloS one*, 9(10), pg e108939.
 217. Tim RH Read et al (2013), "*Provision of rapid HIV tests within a health service and frequency of HIV testing among men who have sex with men: randomised controlled trial*".
 218. Lindsey K Reif et al (2016), "*Community-Based HIV and Health Testing for High-Risk Adolescents and Youth*", *AIDS Patient Care and STDs*, 30(8), pg 371-378.
 219. Brian Rice et al (2014), "*Trends in HIV diagnoses, HIV care, and uptake of antiretroviral therapy among heterosexual adults in England, Wales, and Northern Ireland*", *Sexually transmitted diseases*, 41(4), pg 257-265.
 220. Mara San Antonio-Gaddy et al (2006), "*Rapid HIV antibody testing in the New York State Anonymous HIV Counseling and Testing Program: experience from the field*", *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43(4), pg 446-450.

221. Richard W Sattin et al (2011), "*Rapid HIV testing in a southeastern emergency department serving a semiurban-semirural adolescent and adult population*", *Annals of emergency medicine*, 58(1), pg S60-S64.
222. Jeffrey D Schulden et al (2014), "*HIV testing histories and risk factors among migrants and recent immigrants who received rapid HIV testing from three community-based organizations*", *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(5), pg 798-810.
223. Jeffrey D Schulden et al (2008), "*Rapid HIV testing in transgender communities by community-based organizations in three cities*", *Public Health Reports*, pg 101-114.
224. Michael Schwandt, Eileen Nicolle và Sheila Dunn (2012), "*Preferences for rapid point-of-care HIV Testing in primary care*", *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care (JIAPAC)*, 11(3), pg 157-163.
225. Monisha Sharma et al (2015), "*Systematic review and meta-analysis of community and facility-based HIV testing to address linkage to care gaps in sub-Saharan Africa*", *Nature*, 528(7580), pg S77-S85.
226. Elizabeth M Sherman et al (2014), "*Pharmacist testers in multidisciplinary health care team expand HIV point-of-care testing program*", *Journal of pharmacy practice*, 27(6), pg 578-581.
227. Mostafa Shokoohi, Karamouzian Mohammad và Osooli Mehdi (2016), "*Low HIV Testing Rate and Its Correlates Among Male*", *prevention*, 41, pg 186-193.
228. Mostafa Shokoohi et al (2016), "*Correlates of HIV testing among female sex workers in Iran: Findings of a national bio-behavioural surveillance survey*", *PloS one*, 11(1), pg e0147587.
229. Mostafa Shokoohi et al (2017), "*Remaining Gap in HIV Testing Uptake Among Female Sex Workers in Iran*", *AIDS and Behavior*, 21(8), pg 2401-2411.
230. Ram K Shrestha et al (2008), "*Cost-effectiveness of finding new HIV diagnoses using rapid HIV testing in community-based organizations*", *Public health reports*, pg 94-100.
231. Danielle Signer et al (2016), "*Scaling up HIV testing in an academic emergency department: An integrated testing model with rapid fourth-generation and point-of-care testing*", *Public Health Reports*, 131(1_suppl), pg 82-89.
232. Adriana Smith et al (2015), "*Lessons learned from integrating simultaneous triple point-of-care screening for syphilis, hepatitis B, and HIV in prenatal services through rural outreach teams in Guatemala*", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 130(S1).
233. Lisa V Smith et al (2006), "*Client satisfaction with rapid HIV testing: comparison between an urban sexually transmitted disease clinic and a community-based testing center*", *AIDS Patient Care & STDs*, 20(10), pg 693-700.
234. Paz Sobrino Vegas et al (2016), "*Impact of late presentation of HIV infection on short-, mid-and long-term mortality and causes of death in a multicenter national cohort: 2004–2013*", *Journal of Infection*, 72(5), pg 587-596.
235. Dara Spatz Friedman, Patrick O'Byrne và Marie Roy (2017), "*Comparing those diagnosed early versus late in their HIV infection: implications for public health*", *International journal of STD & AIDS*, 28(7), pg 693-701.
236. Padmini Srikantiah et al (2013), "*Antenatal HIV Testing and Counselling Practices in Seven Asian Countries: Working Towards Elimination of eMTCT in Low and Concentrated Epidemic Settings*", *Kuala Lumpur*.

237. Kendall Stevinson et al (2011), "*Cost effectiveness analysis of the New Jersey rapid testing algorithm for HIV testing in publicly funded testing sites*", *Journal of Clinical Virology*, 52, pg s29-s33.
238. Michael Sweat et al (2011), "*Community-based intervention to increase HIV testing and case detection in people aged 16–32 years in Tanzania, Zimbabwe, and Thailand (NIMH Project Accept, HPTN 043): a randomised study*", *The Lancet infectious diseases*, 11(7), pg 525-532.
239. Assel Terlikbayeva et al (2013), "*Access to HIV counseling and testing among people who inject drugs in Central Asia: strategies for improving access and linkages to treatment and care*", *Drug & Alcohol Dependence*, 132, pg S61-S64.
240. Réjean Thomas et al (2011), "*A new approach to encourage HIV testing in high-risk populations at the Clinique l'Actuel*", *Sexually Transmitted Infections*, 87(Suppl 1), pg A201-A201.
241. J Tohme et al (2016), "*HIV Prevalence and Demographic Determinants of Unprotected Anal Sex and HIV Testing among Male Refugees Who have Sex with Men in Beirut, Lebanon*", *AIDS and behavior*, 20(Suppl 3), pg 408.
242. Anna Tokar et al (2018), "*HIV Testing and Counseling Among Female Sex Workers: A Systematic Literature Review*", *AIDS and Behavior*, pg 1-23.
243. D Tominski et al (2017), "*The late presenting HIV infected patient 30 years after the introduction of HIV testing: spectrum of opportunistic diseases and missed opportunities for early diagnosis*", *HIV medicine*, 18(2), pg 125-132.
244. Katherine Y Tossas-Milligan et al (2015), "*Late HIV testing in a cohort of HIV-infected patients followed in Puerto Rico*", *Puerto Rico health sciences journal*, 34(3), pg 148.
245. Tran Xuan Bach et al (2016), "*Methadone maintenance treatment promotes referral and uptake of HIV testing and counselling services amongst drug users and their partners*", *PloS one*, 11(4), pg e0152804.
246. Trinh Quang Mai et al (2016), "*Tuberculosis and HIV co-infection in Vietnam*", *International Journal of Infectious Diseases*, 46, pg 56-60.
247. Anne Van Der Veken (2012), *HIV testing in Europe: opportunities in primary care*, Masterproef Universiteit Gent.
248. Vanessa Veronese et al (2018), "*Acceptability of Peer-Delivered HIV Testing and Counselling Among Men Who Have Sex with Men (MSM) and Transgender Women (TW) in Myanmar*", *AIDS and Behavior*, pg 1-9.
249. Vietnam HIV/AIDS control Authority (2013), *Assessment report on sample referral system for HIV serology, CD4, Viral load testing and service linkage in VietNam*.
250. Yuan Wang, Jian Guo và Wenli Lu (2015), "*Effects of rapid versus standard HIV voluntary counselling and testing on receipt rate of HIV test results: a meta-analysis*", *International journal of STD & AIDS*, 26(3), pg 196-205.
251. Chongyi Wei et al (2014), "*Virtual versus physical spaces: which facilitates greater HIV risk taking among men who have sex with men in East and South-East Asia?*", *AIDS and Behavior*, 18(8), pg 1428-1435.
252. Kevin M Weiss, Kai J Jonas và Thomas E Guadamuz (2017), "*Playing and Never Testing: Human Immunodeficiency Virus and Sexually Transmitted Infection Testing Among App-Using MSM in Southeast Asia*", *Sexually transmitted diseases*, 44(7), pg 406-411.
253. Lindsay Wilson (2016), *Increasing the Accessibility and Acceptability of HIV Counseling and Testing among Aboriginal Women in Ottawa*, Université d'Ottawa/University of Ottawa.

254. T Charles Witzel et al (2016), "*HIV testing history and preferences for future tests among gay men, bisexual men and other MSM in England: results from a cross-sectional study*", *BMJ open*, 6(9), pg e011372.
255. Ngai Sze Wong et al (2018), "*HIV Linkage to Care and Retention in Care Rate Among MSM in Guangzhou, China*", *AIDS and Behavior*, 22(3), pg 701-710.
256. Michael R Woodford et al (2016), "*Barriers and facilitators to voluntary HIV testing uptake among communities at high risk of HIV exposure in Chennai, India*", *Global public health*, 11(3), pg 363-379.
257. World Health Organization *Global Health Observatory Data Repository*, truy cập ngày 11/1-2016, tại trang web http://www.who.int/gho/hiv/epidemic_response/testing_text/en/.
258. World Health Organization (2014), *Global update on the health sector response to HIV*.
259. World Health Organization (2015), "*Consolidated Guidelines on HIV Testing Services: 5Cs: consent, confidentiality, counselling, correct results and connection 2015*".
260. Prendushi-Fraseri Xhensila et al (2014), "*Late presentation among a cohort of febrile people newly in HIV infected diagnosed, during 2005-2012, in Albania*", *International Journal of Current Research and Review*, 6(14), pg 58.
261. Junjie Xu et al (2011), "*Factors associated with HIV testing history and HIV-test result follow-up among female sex workers in two cities in Yunnan, China*", *Sexually transmitted diseases*, 38(2), pg 89.
262. Huanmiao Xun et al (2013), "*Factors associated with willingness to accept oral fluid HIV rapid testing among most-at-risk populations in China*", *PLoS One*, 8(11), pg e80594.
263. Baligh R Yehia et al (2015), "*Location of HIV diagnosis impacts linkage to medical care*", *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*, 68(3), pg 304.
264. Siyan Yi et al (2017), "*HIV prevalence, risky behaviors, and discrimination experiences among transgender women in Cambodia: descriptive findings from a national integrated biological and behavioral survey*", *BMC international health and human rights*, 17(1), pg 14.
265. Siyan Yi et al (2015), "*Factors associated with recent HIV testing among high-risk men who have sex with men: a cross-sectional study in Cambodia*", *BMC public health*, 15(1), pg 743.
266. Dapeng Zhang et al (2016), "*Enhancing HIV Testing and Treatment among Men Who Have Sex with Men in China: A Pilot Model with Two-Rapid Tests, Single Blood Draw Session, and Intensified Case Management in Six Cities in 2013*", *PLoS one*, 11(12), pg e0166812.
267. Tiange P Zhang et al (2017), "*Community engagement in sexual health and uptake of HIV testing and syphilis testing among MSM in China: a cross sectional online survey*", *Journal of the International AIDS Society*, 20(1).
268. Anne Zinski et al (2013), "*Point-of-Care HIV Testing and Linkage in an Urban Cohort in the Southern US*", Hindawi Publishing Corporation.
269. World Health Organization (2013), "*Service delivery approaches to HIV testing and counselling (HTC): a Strategic HTC programme framework*".
270. Noor Tromp et al (2016), "*Cost-effectiveness of scaling up voluntary counselling and testing in West-Java, Indonesia*", *Acta Medica Indonesiana*, 45(1).

PHỤ LỤC

Phụ lục 1: Bộ công cụ nghiên cứu

Phụ lục 2: Khung logic đánh giá can thiệp

Phụ lục 3: Bảng tổng hợp các yếu tố liên quan HIV và mô hình HIV

Phụ lục 4: Trang thông tin nghiên cứu

Phụ lục 5: Bản đồ địa bàn nghiên cứu,

Phụ lục 6: Các hình ảnh trong nghiên cứu

Biểu 3. Chi phí thường xuyên vận hành phòng xét nghiệm HIV

Stt.	Hạng mục	Một tháng	CP hạng mục cho phòng XN HIV/ 1 năm
1	Điện		
2	Nước		
3	Nhiên liệu		
3	Vật tư tiêu hao		
4	Chi phí hành chính		
5	Đào tạo		
6	Sinh phẩm thứ 1 (Determine HIV 1/2)		
7	Sinh phẩm thứ 2 (bổ sung) (SD bioline)		
8	Sinh phẩm thứ 3 (bổ sung) (Vikia HIV 1/2)		
9	Hộp lưu mẫu		
10	Ống lưu mẫu		
11	Ống nghiệm thường		
12	Bơm tiêm 5ml (23G)		
		

Biểu 4. Chi phí vận chuyển mẫu từ Huyện lên tỉnh

Stt.	Ngày tháng vận chuyển mẫu	Số mẫu vận chuyển	Đơn vị nhận mẫu	Số mẫu HIV vận chuyển	Chi phí vận chuyển (VNĐ)/ 1 lần
1					
2					
3					
3					
....					

- Những công việc chính đã từng thực hiện trong thời gian công tác

3. Quan điểm về những yếu tố ảnh hưởng đến việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ xét nghiệm HIV của khách hàng:

Q1. Anh/Chị cho biết các nhóm đối tượng tiếp cận và sử dụng dịch vụ xét nghiệm tại đơn vị mình chủ yếu là những nhóm đối tượng nào? tại sao?

Q2. Anh/Chị nghĩ có những lý do nào để khách hàng đi xét nghiệm HIV và lý do nào để họ lựa chọn và không lựa chọn việc xét nghiệm HIV tại đây.

Q3. Theo quan điểm của Anh/Chị những nhóm khách hàng nào đến xét nghiệm tại cơ sở của Anh/Chị mình cần phải chú ý trong quá trình cung cấp dịch vụ và tại sao?

4. Các yếu tố tác động từ phía người cung cấp dịch vụ

Q4. Anh/Chị nhận xét như thế nào về các dịch vụ xét nghiệm có liên quan đến HIV/AIDS hiện tại đang cung cấp tại cơ sở (Cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân sự, chi phí...), theo Anh/Chị các dịch vụ như vậy đáp ứng như thế nào với nhu cầu của người dân trên địa bàn? cần phải mở rộng và cung ứng thêm những dịch vụ gì và tại sao?

Q5. Trong quá trình cung cấp dịch vụ Anh/Chị cho biết những thách thức, khó khăn thuận lợi Anh chị gặp phải trong quá trình thực hiện (nếu cụ thể) ? và Anh/Chị giải quyết các khó khăn thách thức như thế nào?

Q6. Anh/Chị Theo quan điểm của Anh/Chị làm thế nào để tăng cường việc biết đến các dịch vụ xét nghiệm HIV và sử dụng các dịch vụ này khi cần ở người dân và làm thế nào để khắc phục được những lý do khách hàng không lựa chọn việc xét nghiệm HIV tại cơ sở của Anh/Chị?

5. Xác định các thành tố trong việc triển khai mô hình can thiệp

Q7. Anh/Chị cho biết quan điểm của Anh/Chị về việc triển khai xét nghiệm khẳng định HIV tại tuyến huyện? và lý do tại sao?

Q8. Nếu được giao nhiệm vụ thực hiện triển khai cung cấp dịch vụ xét nghiệm khẳng định tại cơ sở của Anh/Chị thì theo Anh/Chị làm thế nào để thực hiện được, lý do tại sao?

Q9. Với các quy định cho phòng xét nghiệm khẳng định HIV bằng 3 sinh phẩm nhanh hiện nay (Theo NĐ 75, đọc các quy định về phòng khẳng định HIV), theo các Anh/Chị đánh giá về mức độ phù hợp của các điều kiện này, những khó khăn và thách thức Anh/Chị phải đối diện khi thực hiện? và những điểm không phù hợp của Quy định cần phải sửa đổi, lý do và nên sửa đổi thế nào?

Q10. Anh/Chị có kiến nghị gì cho việc tổ chức triển khai thực hiện xét nghiệm tại tuyến huyện?

Rất cảm ơn Anh/Chị đã cung cấp thông tin, Anh/Chị có gì cần phải trao đổi tiếp không? nếu như có gì cần phải trao đổi tiếp Anh/Chị có thể liên hệ với nghiên cứu viên theo số điện thoại 0982035107 để cùng trao đổi xin Anh/Chị cho số điện thoại để chúng tôi có thể trao đổi thông tin thêm khi cần thiết.

Người phỏng vấn

Q2: Xin anh/ chị cho biết cụ thể vai trò và nhiệm vụ chính mà anh/ chị phụ trách trong hoạt động tư vấn và xét nghiệm HIV.

4. Chức năng, nhiệm vụ và thực hành của cơ sở trong hoạt động xét nghiệm HIV.

Q 3. Xin anh chị giới thiệu cụ thể về chức năng, nhiệm vụ của cơ sở mình trong việc triển khai hoạt động tư vấn và xét nghiệm HIV?

Q 4. Xin anh/chị cho biết các văn bản của Bộ Y tế liên quan đến hoạt động tư vấn và xét nghiệm HIV hiện có tại cơ sở (Hướng dẫn quốc gia, tài liệu đào tạo, chế độ, nếu có)

Q 5. Xin anh/ chị cho biết việc tập huấn cho cán bộ y tế tại cơ sở của mình nhằm thực hiện tốt hoạt động tư vấn xét nghiệm HIV diễn ra như thế nào? Kết quả ra sao? Cụ thể:

- Đơn vị nào tổ chức các khóa tập huấn? (Trong nước và nước ngoài)
- Cơ sở của anh/chị có bao nhiêu nhân viên tham gia?
- Tần suất các khóa tập huấn diễn ra như thế nào?
- Nội dung của các buổi tập huấn bao gồm những chủ đề nào?

Q6. Cơ sở mình đã triển khai các hướng dẫn việc lấy mẫu, vận chuyển và đảm bảo chất lượng xét nghiệm HIV (TT số 03/TT-BYT, thông tư 15/2013/TT-BYT và Quyết định 1098 “Hướng dẫn quốc gia về xét nghiệm huyết thanh học HIV”) như thế nào?

- Việc lấy mẫu để thực hiện xét nghiệm
- Việc chất lượng của mẫu gửi đến phòng xét nghiệm khẳng định HIV
- Việc thực hiện đảm bảo chất lượng mẫu nội, ngoại kiểm tra
- Đơn vị nào phối hợp thực hiện? (Nhiệm vụ, chức năng của các đơn vị?)
- Nguồn kinh phí triển khai xét nghiệm được lấy từ đâu? Theo dự án; theo chương trình mục tiêu; do bệnh nhân chi trả, bảo hiểm xã hội chi trả.

5. Tìm hiểu các các yếu tố ảnh hưởng đến việc thực hiện hoạt động xét nghiệm huyết thanh học HIV và kết nối dịch vụ (rào cản/thuận lợi)

Q7. Anh chị đánh giá ra sao về việc thực hiện hoạt động tư vấn và xét nghiệm (sàng lọc HIV + khẳng định HIV) tại cơ sở mình? (Những hoạt động nào được cho là thành công? Những hoạt động nào còn hạn chế?) Tại sao? Theo quan điểm của Anh/Chị thì phòng xét nghiệm khẳng định HIV bằng 3 sinh phẩm nhanh nên đặt ở những đâu trên địa bàn của Anh/Chị và lý do tại sao?

Q8. Xin anh/ chị cho biết những thuận lợi/ khó khăn trong cơ sở mình ảnh hưởng đến quá trình cung cấp các dịch vụ của hoạt động tư vấn và xét nghiệm (sàng lọc + khẳng định) HIV?

- Về mặt tổ chức
- Về nhân sự
- Về chuyên môn
- Về các hướng dẫn chưa đầy đủ
- Về cung cấp sinh phẩm, loại sinh phẩm
- Về cung cấp trang thiết bị
- Về số lượng mẫu/đặc điểm khách hàng
- Về sự phối hợp, chỉ đạo
- Về kinh phí hỗ trợ cho người thực hiện

Q9. Xin anh/ chị cho biết những thuận lợi/khó khăn trong hoạt động gửi mẫu, chuyển mẫu, nhận mẫu đến phòng xét nghiệm khẳng định HIV?

- Về chuyên môn (mẫu yêu cầu bảo quản lạnh, dụng cụ vận chuyển chuyên biệt, ...)
- Về nhân sự
- Về kinh phí cho vận chuyển
- Về sự phối hợp, chỉ đạo
- Về đi lại
- Về giao thông

Q10. Theo quan điểm của Anh/Chị khách hàng có xu hướng thích sử dụng mô hình xét nghiệm nào ở đơn vị xét nghiệm khẳng định tại trung tâm hay đợi nhận kết quả khẳng định tại TTPC HIV/AIDS tỉnh? và lý do tại sao?

Q11. Xin anh chị cho biết tình trạng khách hàng không đến nhận kết quả xét nghiệm tồn tại như thế nào? Theo anh/chị những nguyên nhân nào dẫn đến tình trạng trên?

- Lý do từ phía khách hàng (Kinh tế, đi lại, ...)
- Lý do từ phía y tế (Tư vấn, thời gian trả kết quả khẳng định HIV, hỗ trợ chuyển gửi, ...)
- Lý do từ xã hội (Kỳ thị, phân biệt đối xử, ...)
- Khác, ...

Q12. Anh/ chị đánh giá như thế nào về vai trò của việc trao đổi thông tin giữa phòng xét nghiệm sàng lọc HIV và phòng xét nghiệm khẳng định HIV? Các thông tin này thường được trao đổi dưới hình thức nào? Việc trao đổi như vậy tồn tại những bất cập gì?

- Liên hệ qua điện thoại với cơ sở nhận mẫu trước khi gửi mẫu và thời gian nhận kết quả xét nghiệm khẳng định HIV.
- Khi cơ sở thực hiện xét nghiệm sàng lọc HIV có tỷ lệ mẫu có kết quả dương tính giả nhiều, anh/chị có trao đổi với phòng xét nghiệm khẳng định qua điện thoại/ gửi công văn.
- Nhận thông báo về các trường hợp dương tính qua điện thoại trước khi nhận kết quả qua đường công văn.

6. Đảm bảo chất lượng xét nghiệm HIV

Q13. Theo Anh/Chị đánh giá thế nào về chất lượng dịch vụ xét nghiệm HIV đang được cung cấp tại đơn vị. Ưu, nhược điểm và các khó khăn của đơn vị.

Q14. Theo Anh/Chị các yếu tố nào ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ xét nghiệm của đơn vị.

Q15. Anh/Chị hãy đưa các ý kiến để cải thiện chất lượng dịch vụ xét nghiệm tại đơn vị.

7. Các gợi ý/kiến nghị để tăng cường công tác xét nghiệm để giúp cải thiện việc kết nối tới chăm sóc và điều trị.

Q16. Anh/chị cho biết quan điểm về việc giảm thời gian trả kết quả xét nghiệm khẳng định HIV bằng cách triển khai các xét nghiệm nhanh để khẳng định HIV. Anh/ chị nêu rõ khó khăn và thuận lợi trong quá trình triển khai hoạt động này?

- Anh/chị cho biết quan điểm về việc giảm thời gian trả kết quả xét nghiệm bằng cách mở rộng, triển khai xét nghiệm này tại tuyến huyện, xã. Anh/chị nêu rõ khó khăn và thuận lợi nếu triển khai?
- Ngoài ra, trong quá trình thực hiện thông tư 15/2013/TT-BYT và Quyết định 1089/QĐ-BYT anh/chị có gặp phải khó khăn gì không? Nếu có là các vấn đề gì?

Q17. Theo anh/ chị làm thế nào để nâng cao sự phối hợp, hỗ trợ lẫn nhau giữa các tuyến, các cơ sở để tăng cường khả năng tiếp cận cho bệnh nhân nhiễm HIV với cơ sở chăm sóc và điều trị HIV/AIDS?

Rất cảm ơn Anh/Chị đã cung cấp thông tin, Anh/Chị có gì cần phải trao đổi tiếp không? nếu như có gì cần phải trao đổi tiếp Anh/Chị có thể liên hệ với nghiên cứu viên theo số điện thoại 0982035107 để cùng trao đổi và xin Anh/chị cho số điện thoại để chúng tôi có thể trao đổi thông tin thêm khi cần thiết.

Q1. Xin anh/ chị giới thiệu đôi nét về bản thân và vị trí công tác hiện tại của mình?
Q2. Xin anh/ chị cho biết cụ thể vai trò và nhiệm vụ chính mà anh/ chị phụ trách tại cơ sở chăm sóc và điều trị HIV/AIDS?

4. Chức năng, nhiệm vụ và thực hành của cơ sở thực hiện chăm sóc và điều trị HIV/AIDS cho người bệnh

Q3. Xin anh/chị giới thiệu cụ thể về chức năng, nhiệm vụ của cơ sở mình trong việc thực hiện chăm sóc và điều trị HIV/AIDS? Những dịch vụ nào đang cung cấp và những dịch vụ nào phải nhận cung cấp từ nơi khác ?

Q4. Xin anh/chị cho biết các quy định liên quan đến hoạt động thực hiện chăm sóc và điều trị HIV/AIDS và thực hiện các xét nghiệm CD4/tải lượng HIV tại cơ sở (Hướng dẫn quốc gia, tài liệu đào tạo, chế độ, nếu có)

Q5. Xin anh/ chị cho biết từ khi triển khai hoạt động chăm sóc điều trị HIV/AIDS tại cơ sở được thực hiện như thế (tiếp nhận bệnh nhân đăng ký điều trị; triển khai điều trị cho bệnh nhân; theo dõi điều trị ARV cho bệnh nhân)

5. Tìm hiểu yếu tố liên quan đến xét nghiệm HIV và kết nối với chăm sóc và điều trị OPC

Q6. Xin Anh/Chị cho biết hoạt động xét nghiệm HIV của địa bàn huyện bây giờ như thế nào? (Xét nghiệm khẳng định, xét nghiệm sàng lọc HIV) xét nghiệm HIV tại cơ sở của Anh Chị đang diễn ra như thế nào? (Chú ý: Nhận kết quả, nhận bệnh nhân hay có trường hợp ngược lại Cơ sở OPC gửi mẫu đến PNX KD yêu cầu làm kết quả và bắt đồng kết quả cần phải so sánh đối chiếu và trao đổi không?. Theo Anh/Chị thì việc xây dựng hệ thống POCT HIV khẳng định tại huyện nên triển khai ở những đâu và tại sao.?)

Q7. Xin anh/chị cho biết thực trạng việc người có kết quả xét nghiệm HIV đến tiếp cận với điều trị ARV của cơ sở Anh/Chị?(không đến, đến ít, hoặc đầy đủ). so sánh với các năm 2015, 2014, giai đoạn trước nữa như thế nào? lý do nào làm tình trạng như vậy? Quan điểm của Anh/Chị như thế nào về tình trạng bệnh nhân không đến tiếp cận với cơ sở điều trị của Anh/Chị? biện pháp khắc phục? Quan điểm của Anh/Chị như thế nào về tình trạng bệnh nhân không quay trở lại nhận kết quả

Q8. Xin Anh/Chị cho biết thực trạng tình trạng BN đến tiếp nhận điều trị của cơ sở Anh/Chị hiện tại (chỉ số sinh học, CD4, VRL, giai đoạn lâm sàng)? so với năm 2015 và năm 2014 thì có thay đổi gì không? lý do tại sao lại thay đổi như vậy?

Q9. Xin Anh/Chị cho biết biết tiếp nhận thông tin về bệnh nhân của Anh/Chị hiện nay như thế nào? Việc trao đổi thông tin giữa cơ sở HTC và cơ sở điều trị của Anh/Chị đang diễn ra như thế nào? so với trước đây thì sao? các yếu tố nào ảnh hưởng? khắc phục ra sao?

Q10. Cuối cùng, anh/ chị có muốn chia sẻ thêm hoặc đề xuất thêm nội dung gì khác liên quan đến việc tổ chức triển khai thực hiện xét nghiệm HIV

Rất cảm ơn Anh/Chị đã cung cấp thông tin, Anh/Chị có gì cần phải trao đổi tiếp không?

nếu như có gì cần phải trao đổi tiếp Anh Chị có thể liên hệ với nghiên cứu viên theo số điện thoại 0982035107 để cùng trao đổi và xin Anh/chị cho số điện thoại để chúng tôi có thể trao đổi thông tin thêm khi cần thiết.

- Vị trí và nhiệm vụ công việc được giao:
- Năm bắt đầu công tác:
- Năm bắt đầu thực hiện xét nghiệm HIV:
- Những công việc chính đã từng thực hiện trong thời gian công tác

3. Những yếu tố thúc đẩy và rào cản có liên quan đến việc triển khai thực hiện POCT HIV:

3.1. Từ phía sinh phẩm xét nghiệm

Q1. Anh/Chị cho biết hiện tại các Anh/Chị đang sử dụng các sinh phẩm gì để xét nghiệm HIV cho bệnh nhân? Nhận xét của Anh/Chị như thế nào về các sinh phẩm này trong quá trình Anh/Chị thực hiện, phân tích và cung cấp kết quả cho bệnh nhân? Anh/Chị có gặp phải các tình huống khó hoặc sai kết quả không cụ thể là gì và Anh/Chị giải quyết vấn đề đó như thế nào? (thuận lợi, khó khăn mức độ chính xác, sai sót kết quả, thực hiện, đọc kết quả, bảo quản, vận chuyển mua....)

3.2. Từ phía khách hàng

Q2. Trong quá trình triển khai cung cấp dịch vụ xét nghiệm POCT HIV tại cơ sở Anh/chị Anh/Chị có nhận được phản hồi gì từ khách hàng đi xét nghiệm HIV. cụ thể như thế nào?

3.3. Từ phía người cung cấp dịch vụ

Q3. Anh/Chị cho biết những hiểu biết của Anh/Chị về xét nghiệm khẳng định bằng 3 sinh phẩm nhanh tại cơ sở của Anh/Chị mang lại lợi ích hoặc tác hại như thế nào cho bệnh nhân đến xét nghiệm và lý do tại sao?

Q4. Anh/Chị đã được đào tạo và mong muốn được đào tạo như thế nào khi triển khai cung cấp dịch vụ POCT HIV tại cơ sở? Những nội dung đào tạo có tác dụng như thế nào với Anh/Chị lý do tại sao?

Q5. Trong quá trình cung cấp dịch vụ Anh/Chị cảm thấy thế nào và Anh/Chị phải đối mặt với những thách thức, khó khăn thuận lợi gì Anh chị gặp phải trong quá trình thực hiện (nêu cụ thể như việc tổ chức thực hiện, tuân thủ quy trình, trả kết quả cho bệnh nhân, ghi chép sổ sách)? và Anh/Chị giải quyết các khó khăn thách thức như thế nào?

Q6. Anh/Chị cho biết những từ khi thực hiện mô hình Anh/Chị có được sự quan tâm đầu tư từ các phía có liên quan ra sao (Lãnh đạo đơn vị, Cục, Viện và dự án, tỉnh ...)?

Q7. Anh/Chị cho biết từ khi triển khai mô hình POCT HIV chi phí cho hoạt động này như thế nào so với chi phí chung của cơ sở y tế và so với trước đây, mức độ ảnh hưởng đến chi phí chung của phòng khám ra sao và đề xuất giải pháp giải quyết như thế nào?

3.4. Từ phía hệ thống y tế

Q9. Anh/Chị cho biết Anh Chị gặp phải khó khăn thuận lợi như thế nào khi triển khai tích hợp POCT HIV KĐ vào trong luồng công việc của cơ sở Anh/Chị? Tích hợp vào hệ thống báo cáo giám sát, chi phí, thanh toán của bệnh nhân như thế nào khó khăn thuận lợi ra sao?

Q10. Anh/Chị đang thực hiện việc đảm bảo chất lượng xét nghiệm POCT HIV KĐ như thế nào ở đơn vị Anh/Chị (QC/QA, Ghi chép sổ sách, thực hiện quy trình chuẩn...), Anh/Chị gặp phải những khó khăn thách thức và thuận lợi gì khi triển khai?

Q11. Anh/Chị có đi hỗ trợ giám sát việc triển khai POCT HIV ở các tuyến dưới như thế nào, những khó khăn thuận lợi Anh/Chị gặp phải ra sao?

Q12. Theo quan điểm của Anh/Chị thì mô hình này có nên được duy trì hoặc nhân rộng và triển khai khả thi không và nên làm thế nào để thực hiện được, lý do tại sao?

Q13. Với các quy định cho phòng xét nghiệm khẳng định HIV bằng 3 sinh phẩm nhanh hiện nay (Theo ND 75, đọc các quy định về phòng khẳng định HIV), theo các Anh/Chị đánh giá về mức độ phù hợp của các điều kiện này, những khó khăn và thách thức Anh/Chị phải đối diện khi thực hiện? và những điểm không phù hợp của Quy định cần phải sửa đổi, lý do và nên sửa đổi thế nào?

Q14. Anh/Chị có kiến nghị gì cho việc tổ chức triển khai thực hiện xét nghiệm tại tuyến huyện?

Rất cảm ơn Anh/Chị đã cung cấp thông tin, Anh/Chị có gì cần phải trao đổi tiếp không? nếu như có gì cần phải trao đổi tiếp Anh/Chị có thể liên hệ với nghiên cứu viên theo số điện thoại 0982035107 để cùng trao đổi. xin Anh/chị cho số điện thoại để chúng tôi có thể trao đổi thông tin thêm khi cần thiết.

Người phỏng vấn

1.4. Hướng dẫn thảo luận nhóm
HƯỚNG DẪN THẢO LUẬN NHÓM
(Đối tượng: khách hàng có khả năng sử dụng dịch vụ XN HIV)

I. Thông tin chung

Người hướng dẫn 1:

Người hướng dẫn 2:

Địa điểm và thời gian thảo luận :

Địa điểm: Thời gian:.....

Thành phần tham gia thảo luận:

STT	Họ và tên	Địa chỉ	Thuộc nhóm	Điện thoại
1				
2				
3				
.....				

Thảo luận về việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ xét nghiệm kháng định HIV tại phòng xét nghiệm của cơ sở y tế huyện.

1. Giới thiệu về nghiên cứu:

Xin chào anh/chị. Chúng tôi là cán bộ của Cục Phòng, chống HIV/AIDS. Trường Đại học Y tế công cộng phối hợp với Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS tình triển khai một nghiên cứu tìm hiểu các hoạt động xét nghiệm và đánh giá hiệu quả lồng ghép hoạt động xét nghiệm kháng định HIV tại tuyến huyện. Chúng tôi xin được biết ý kiến của anh/chị về vấn đề này. Các thông tin mà anh/chị cung cấp sẽ giúp ích cho hoạt động xét nghiệm HIV tại huyện được tốt hơn. Tất cả các thông tin thu được chỉ sử dụng vào mục đích nghiên cứu khoa học. Thông tin cá nhân của người tham gia thảo luận (tên, tuổi, địa chỉ) sẽ bảo mật trong quá trình thực hiện, báo cáo, công bố kết quả của nghiên cứu.

Thời gian nói chuyện khoảng 30 phút. Nếu anh/chị đồng ý, xin phép được bắt đầu thảo luận. Trong khi thảo luận thấy câu nào khó hiểu chị có thể hỏi lại. Xin phép anh/chị được ghi âm buổi thảo luận này.

2. Tìm hiểu các thông tin về hiểu biết về hệ thống cung cấp xét nghiệm HIV

Q1. Theo Anh/Chị hiện tại việc cung cấp xét nghiệm HIV trên địa bàn huyện đang được cung cấp ở những đâu? Anh/Chị biết được do nguồn tin nào? Anh/Chị đã từng đến những nơi nào để xét nghiệm HIV? số lần xét nghiệm HIV của Anh/Chị nên như thế nào?

Q2. Theo Anh/Chị mọi người thường đến đâu để xét nghiệm HIV? lý do tại sao?

3. Tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ

Q3. Anh/chị cho biết tại sao Anh/Chị lại lựa chọn cơ sở xét nghiệm HIV này và Anh/Chị cảm thấy như thế nào về cơ sở xét nghiệm HIV này (vị trí, trang thiết bị, cơ sở vật chất, nhân viên y tế, trình độ y tế, tin tưởng chuyên môn, nhân viên y tế)

- Vị trí có thuận tiện không?
- Trang thiết bị có đầy đủ không?
- Anh/chị có được phát các tờ rơi không? Đó là những tờ rơi gì?
- Anh/chị có được tiếp đón chu đáo khi đến đó?
- Anh /chị có được hướng dẫn đầy đủ về các thủ tục để được xét nghiệm HIV?
- Anh/chị có phải chờ đợi lâu không?
- Cán bộ xét nghiệm có tiếp đón anh chị chu đáo?
- Cán bộ xét nghiệm có nhiệt tình, ân cần hướng dẫn cho anh chị?
- Sau khi xét nghiệm Anh/Chị có được cung cấp và giới thiệu đến các dịch vụ để có thể hỗ trợ cho Anh Chị trong việc dự phòng và điều trị HIV không?
- Anh/chị có cảm thấy tin tưởng vào kết quả xét nghiệm không?

- Anh/chị có cảm thấy yên tâm, thoải mái khi đến cơ sở xét nghiệm này không?
- Anh/chị có giới thiệu người quen tới đây để xét nghiệm HIV không?

Q4. Hiện tại có nhiều hình thức cung cấp xét nghiệm HIV Anh/Chị có biết các hình thức đó không (tại cộng đồng nơi Anh/Chị sinh sống, sinh hoạt, tại cơ sở y tế) theo Anh/Chị thích sử dụng hình thức nào và tại sao? Và Theo Anh/Chị chúng tôi nên thực hiện việc cung cấp xét nghiệm POCT HIV sàng lọc và khẳng định HIV ở những đâu lý do tại sao?

Q5. Xin Anh/Chị cho biết Anh chị lựa chọn hình thức nào nếu được cung cấp 2 hình thức xét nghiệm trả kết quả ngay trong ngày làm ngay tại huyện, một cách trả kết quả sau 7 ngày làm bằng kỹ thuật tại tỉnh và lý do Anh/Chị lựa chọn?

Q6. Theo Anh/Chị hiện tại xét nghiệm của Anh/Chị có phải chi phí không? nếu phải chi phí Anh/Chị có thực hiện xét nghiệm không tại sao và khả năng chi trả là bao nhiêu?

Q7. Theo Anh/Chị thời gian đợi nhận kết quả xét nghiệm HIV nên như thế nào (ngay trong vòng 2 giờ, sau 1 ngày, 3 ngày, 1 tuần hay bao lâu)? và nhận xét của Anh/Chị về việc cung cấp trả kết quả xét nghiệm HIV mà Anh/Chị đã từng trải qua tại cơ sở? Anh/Chị có ý định giới thiệu bạn bè Anh/Chị tới tiếp cận sử dụng dịch vụ xét nghiệm HIV tại đây không và tại sao?

Q8. Theo anh/chị xét nghiệm HIV có lợi ích gì và có tác hại gì? lý do tại sao?

Q9. Xin Anh/Chị cho ý kiến về những việc cần phát huy và cải thiện của cơ sở xét nghiệm HIV này?

Rất cảm ơn Anh/Chị đã cung cấp thông tin, Anh/Chị có gì cần phải trao đổi tiếp không? nếu như có gì cần phải trao đổi tiếp Anh/Chị có thể liên hệ với nghiên cứu viên theo số điện thoại 0982035107 để cùng trao đổi

Người hướng dẫn thảo luận
nhóm

HƯỚNG DẪN THẢO LUẬN NHÓM

(Đối tượng: cán bộ y tế)

I. Thông tin chung

Người hướng dẫn 1:

Người hướng dẫn 2:

Địa điểm và thời gian thảo luận :

Địa điểm: Thời gian:.....

Thành phần tham gia thảo luận:

STT	Họ và tên	Địa chỉ	Thuộc khoa/phòng	Điện thoại
1				
2				
3				
....				

Thảo luận về việc tiến độ, khó khăn, thách thức triển khai mô hình POCT tại cơ sở y tế huyện.

1. Giới thiệu về nghiên cứu:

Xin chào anh/chị. Chúng tôi là cán bộ của Cục Phòng, chống HIV/AIDS. Trường Đại học Y tế công cộng phối hợp với Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS tỉnh triển khai một nghiên cứu tìm hiểu các hoạt động xét nghiệm và đánh giá hiệu quả lồng ghép hoạt động xét nghiệm khẳng định HIV tại tuyến huyện. Chúng tôi xin được biết ý kiến của anh/chị về vấn đề này. Các thông tin mà anh/chị cung cấp chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Ngoài ra, các thông tin mà anh/chị cung cấp sẽ giúp ích cho hoạt động xét nghiệm HIV tại huyện được tốt hơn. Tất cả các thông tin thu được chỉ sử dụng vào mục đích nghiên cứu khoa học. Thông tin cá nhân của người tham gia thảo luận (tên, tuổi, địa chỉ) sẽ bảo mật trong quá trình thực hiện, báo cáo, công bố kết quả của nghiên cứu.

Thời gian nói chuyện khoảng 30 phút. Nếu anh/chị đồng ý, xin phép được bắt đầu thảo luận. Trong khi thảo luận thấy câu nào khó hiểu chị có thể hỏi lại. Xin phép anh/chị được ghi âm buổi thảo luận này.

2. Thảo luận tìm hiểu các khó khăn, thuận lợi khi triển khai mô hình can thiệp tại cơ sở y tế.

Q1. Theo Anh/Chị việc triển khai can thiệp xét nghiệm khẳng định HIV tại đơn vị có những khó khăn/th thuận lợi gì? Những giải pháp đề xuất để giải quyết khó khăn?

Q2. Theo Anh/Chị mô hình POCT có các yêu cầu và điều kiện đã phù hợp chưa? Và khuyến nghị thay đổi điều chỉnh mô hình?

Q3. Theo Anh/Chị việc triển khai mô hình POCT có phù hợp với địa phương Anh/Chị không, lý do phù hợp, lý do không phù hợp?

Q4. Anh/Chị hãy trao đổi về tính khả thi, chi phí thực hiện mô hình POCT tại địa phương.

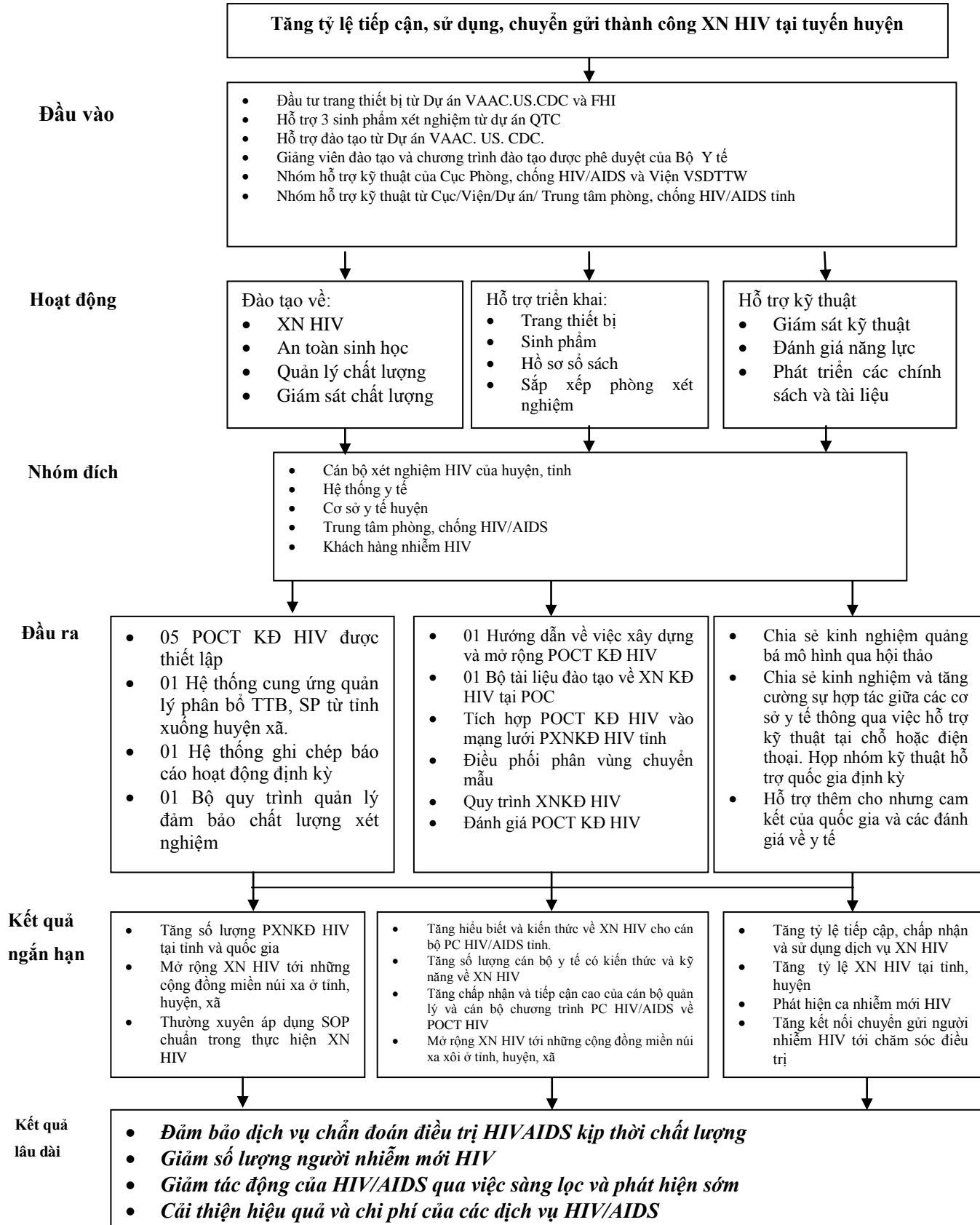
Q5. Theo Anh/Chị có nên nhân rộng mô hình POCT không, nhân rộng ở đâu, như thế nào?

Rất cảm ơn Anh/Chị đã cung cấp thông tin, Anh/Chị có gì cần phải trao đổi tiếp không? nếu như có gì cần phải trao đổi tiếp Anh/Chị có thể liên hệ với nghiên cứu viên theo số điện thoại 0982035107 để cùng trao đổi

Người hướng dẫn thảo luận
nhóm

Phụ lục 2. Khung logic đánh giá can thiệp

Khung logic được tham khảo khung logic đánh giá thí điểm POCT HIV sàng lọc tại các phòng khám ban đầu ở Canada [110] để phát triển.



Phụ lục 3. Tổng hợp các phát hiện định tính

Bảng PL3.1. tổng hợp các yếu tố ảnh hưởng tiếp cận sử dụng xét nghiệm HIV

Yếu tố liên quan	Rào cản	Thúc đẩy
Cá nhân		
Đặc điểm người dân	<i>Môi trường hoàn cảnh sống khó khăn. Trình độ dân trí thấp; Đồng bào dân tộc thiểu số hạn chế giao tiếp.</i>	<i>Trình độ dân trí cao.</i>
Nhận thức về HIV, xét nghiệm HIV hạn chế	<i>Thiếu kiến thức về HIV và ảnh hưởng của HIV. Hiểu sai về xét nghiệm và điều trị HIV. Thiếu hiểu biết, niềm tin vào dịch vụ y tế.</i>	<i>Khách hàng được tuyên truyền đầy đủ về HIV.</i>
Tâm lý khách hàng	<i>Lo sợ kỳ thị phân biệt đối xử. Mặc cảm trì hoãn xét nghiệm. Sợ lộ thông tin, dấu hiệu tình trạng nhiễm.</i>	<i>Tâm lý lo sợ cho bản thân/gia đình.</i>
Môi trường xã hội của địa bàn nghiên cứu		
Đặc thù địa hình	<i>Hiếm trở, trải rộng, giáp ranh biên giới</i>	
Đặc điểm dân cư khu vực vùng núi phía Bắc.	<i>Người dân định cư không tập trung thường ở vùng sâu và xa. Sinh sống theo cộng đồng và ảnh hưởng lẫn nhau.</i>	
Quan tâm của các cấp chính quyền địa phương chưa cao.	<i>Còn coi công tác phòng, chống HIV/AIDS là của ngành y tế. Triển khai số giải pháp chưa thống nhất, đồng bộ.</i>	
Hệ thống cung cấp dịch vụ y tế trên địa bàn		
Cán bộ y tế địa phương.	<i>Thiếu số lượng, yếu chất lượng. Thiếu nhân lực xét nghiệm. Năng lực/trách</i>	<i>Cán bộ tư vấn và xét nghiệm HIV có đủ năng lực và trình độ.</i>

Yếu tố liên quan	Rào cản	Thúc đẩy
Mô hình xét nghiệm HIV	<p><i>nhiệm cán bộ y tế hạn chế</i></p> <p><i>Thời gian chờ đợi nhận kết quả lâu.</i></p> <p><i>Quản lý dữ liệu thông tin khách hàng chưa khoa học.</i></p> <p><i>Thủ tục hành chính chưa phù hợp, không hiệu quả</i></p> <p><i>Hệ thống thu gom, vận chuyển mẫu thụ động gây lãng phí nguồn lực.</i></p> <p><i>Hệ thống cơ sở vật chất lạc hậu xuống cấp.</i></p> <p><i>Cung ứng sinh phẩm vật tư/thiết bị đi kèm chưa đầy đủ/kịp thời.</i></p> <p><i>Công tác quảng bá giới thiệu xét nghiệm HIV chưa phù hợp.</i></p>	<p><i>Cán bộ y tế có trách nhiệm, tâm huyết.</i></p> <p><i>Cán bộ y tế có khả năng am hiểu văn hóa, sử dụng ngôn ngữ của khách hàng.</i></p> <p><i>Có sự liên kết/hỗ trợ của đội ngũ cộng tác viên.</i></p> <p><i>Cơ sở xét nghiệm có trang thiết bị đầy đủ, thời gian xét nghiệm nhanh.</i></p> <p><i>Cung cấp xét nghiệm miễn phí.</i></p> <p><i>Cơ sở y tế cung cấp đa dạng, toàn diện các dịch vụ liên quan.</i></p> <p><i>Quảng bá dịch vụ xét nghiệm của cơ sở hiệu quả.</i></p>

Bảng PL3.2. Tổng hợp đánh giá tính khả thi hiệu quả của mô hình POCT khẳng định HIV

Khía cạnh xem xét	Nhóm chủ đề lớn	Các yếu tố liên quan
Hiệu quả khả thi của mô hình	Tính chấp nhận	<p><i>Lãnh đạo các cấp nhận thức được sự cần thiết và ưu tiên xây dựng mô hình.</i></p> <p><i>Cán bộ xét nghiệm mong muốn triển khai can thiệp.</i></p>
	Tính tiếp nhận	<p><i>Hầu hết các đơn vị đều cố gắng nỗ lực triển khai mô hình trên địa bàn.</i></p> <p><i>Cố gắng hoàn thiện và thực hiện mô hình trong điều kiện tối thiểu.</i></p> <p><i>Xác định được những khó khăn, thách thức và chủ động tìm phương pháp giải quyết.</i></p> <p><i>Sự cố gắng thích ứng mô hình của các cán bộ trực tiếp tham gia.</i></p>

Khía cạnh xem xét	Nhóm chủ đề lớn	Các yếu tố liên quan
	Tính thích hợp	<i>Phù hợp triển khai tại tuyến huyện trở lên. Phù hợp về đơn vị lựa chọn can thiệp. Phù hợp về yêu cầu điều kiện đảm bảo thực hiện mô hình.</i>
	Tính khả thi	<i>Cán bộ y tế các cấp đều nhận thấy mô hình phù hợp với điều kiện địa phương, nên dù có khó khăn cũng đã có gắng thực hiện, từ đó mang lại các hiệu quả can thiệp đối với bệnh nhân và cán bộ y tế Chủ động nghiên cứu đề xuất các kiến nghị bổ sung chỉnh sửa cho phù hợp.</i>
	Tính thành công với kế hoạch can thiệp	<i>Những lý do ảnh hưởng đến kế hoạch cần phải điều chỉnh. Những lý do liên quan đến năng lực, khả năng thực hiện của địa phương cần được xem xét để khắc phục trong giai đoạn mở rộng. Sự nỗ lực, quyết tâm của đơn vị và hỗ trợ kỹ thuật góp phần đạt được tiến độ kế hoạch can thiệp.</i>
	Chi phí thực hiện	<i>Tiết kiệm chi phí chủ yếu ở công đoạn làm xét nghiệm khẳng định HIV Một số phát sinh khi triển khai xét nghiệm khẳng định HIV tại cơ sở. Một số chính sách về định mức bộc lộ những bất cập.</i>
	Khả năng bao phủ can thiệp	<i>Mang lại lợi ích cho các cán bộ y tế tham gia chương trình can thiệp. Mang lại lợi ích cho chương trình y tế.</i>
	Tính bền vững	<i>Mô hình can thiệp nhận được sự quan tâm chỉ đạo thống nhất từ Sở Y tế đến tận tuyến xã. Mô hình đã gây được niềm tin cho khách hàng và cán bộ y tế. Mô hình được kiến nghị nhân rộng.</i>
Những yếu tố ảnh hưởng đến việc triển khai mô hình can	Sinh phẩm vật tư trang thiết bị xét nghiệm HIV Tổ chức hệ	<i>Đặc điểm sinh phẩm gặp dương tính giả trong một số trường hợp. Hướng dẫn sử dụng sinh phẩm chưa chi tiết đầy đủ. Cung ứng sinh phẩm/vật tư tiêu hao/trang thiết bị chưa phù hợp. Thay đổi tổ chức nhân sự, cơ chế phối hợp chưa nhuần nhuyễn.</i>

Khía cạnh xem xét	Nhóm chủ đề lớn	Các yếu tố liên quan
thiệt	thông chính sách y tế.	<i>Các hướng dẫn/quy trình chuyên môn chưa thống nhất, đồng bộ và phù hợp. Chính sách/cơ chế hỗ trợ chưa khuyến khích tạo điều kiện được cán bộ y tế.</i>
	Người cung cấp dịch vụ	<i>Tâm lý lo sợ và căng thẳng về việc thực hiện xét nghiệm khẳng định HIV. Thiếu kiến thức/kỹ năng có liên quan đến xét nghiệm HIV. Thói quen làm công việc đơn giản, ít trách nhiệm, ngại thay đổi. Thiếu trao đổi chuyên môn, chia sẻ thông tin giữa các cán bộ/bộ phận trong cơ sở can thiệp.</i>
	Đặc điểm khách hàng xét nghiệm ở khu vực vùng núi	<i>Đặc điểm điều kiện hoàn cảnh sống khó khăn. Đặc trưng văn hóa tín ngưỡng còn lạc hậu, chưa cởi mở. Hiểu biết, niềm tin về dịch vụ y tế địa phương hạn chế.</i>
Những vấn đề bất cập và kiến nghị điều chỉnh về mô hình	Các Điều kiện triển khai mô hình	<i>Tiêu chuẩn yêu cầu cán bộ tham gia mô hình cao. Tiêu chuẩn về cơ sở vật chất chưa phù hợp/thống nhất.</i>
	Các hướng dẫn chuyên môn trong mô hình.	<i>Sổ sách biểu mẫu báo cáo chưa đơn giản, tinh gọn. Phiếu trả kết quả còn bất cập. Tài liệu đào tạo chưa tương thích.</i>
	Chương trình ngoại kiểm.	<i>Mẫu thực hiện ngoại kiểm là mẫu tươi khó vận chuyển và bảo quản.</i>
	Hỗ trợ kỹ thuật	<i>Hướng dẫn nội dung hỗ trợ giữa các tuyến chưa đồng bộ</i>

Phụ lục 4. Trang thông tin của nghiên cứu

TRANG THÔNG TIN

Đề tài nghiên cứu đánh giá can thiệp

“Hiệu quả mô hình can thiệp xét nghiệm khẳng định HIV tại 5 huyện miền núi phía Bắc, Việt Nam, năm 2015-2016”.

Nhiễm HIV gây ảnh hưởng đến sức khỏe của cá nhân và cộng đồng, phát triển kinh tế an sinh xã hội. Theo UNAIDS năm 2013, toàn cầu có 2,1 triệu người nhiễm mới trong đó có 240.000 trẻ em, 1,5 triệu người chết vì HIV/AIDS và tiêu tốn hơn 10 tỷ USD hàng năm cho HIV/AIDS. Kể từ ca nhiễm HIV đầu tiên được phát hiện năm 1990, đến 31/12/2014, toàn quốc phát hiện 226.819 người nhiễm HIV, 71.332 người nhiễm HIV tử vong. người nhiễm tập trung chủ yếu ở vùng miền núi phía Bắc, Đông Nam Bộ, trong các quần thể có hành vi nguy cơ cao như NCMT, PNBD và MSM.

Những năm qua, Chính phủ Việt Nam đã đặc biệt quan tâm đến công tác phát hiện, chẩn đoán chăm sóc, hỗ trợ và điều trị cho người nhiễm HIV/AIDS. Tuy nhiên trong bối cảnh khó khăn về nguồn lực và ở những vùng địa bàn khó tiếp cận cần phải sáng tạo và phát huy những mô hình cung cấp dịch vụ phù hợp, hiệu quả và tiết kiệm chi phí.

Với mong muốn phổ cập và nâng cao chất lượng dịch vụ xét nghiệm HIV, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá can thiệp “Hiệu quả mô hình can thiệp xét nghiệm khẳng định HIV tại 5 huyện miền núi phía Bắc, Việt Nam 2015-2016”. Việc nghiên cứu được tiến hành thông qua việc cung cấp dịch vụ xét nghiệm khẳng định HIV tại cơ sở y tế tuyến huyện và thu thập số liệu trước và sau khi cung cấp dịch vụ của khách hàng đến xét nghiệm tại cơ sở y tế, phòng vấn sâu một số khách hàng và cán bộ y tế. Nội dung thông tin nhằm đánh giá thực trạng tiếp cận và sử dụng dịch vụ xét nghiệm HIV tại địa bàn nghiên cứu và các yếu tố có liên quan, đánh giá hiệu quả mô hình can thiệp trên địa bàn huyện.

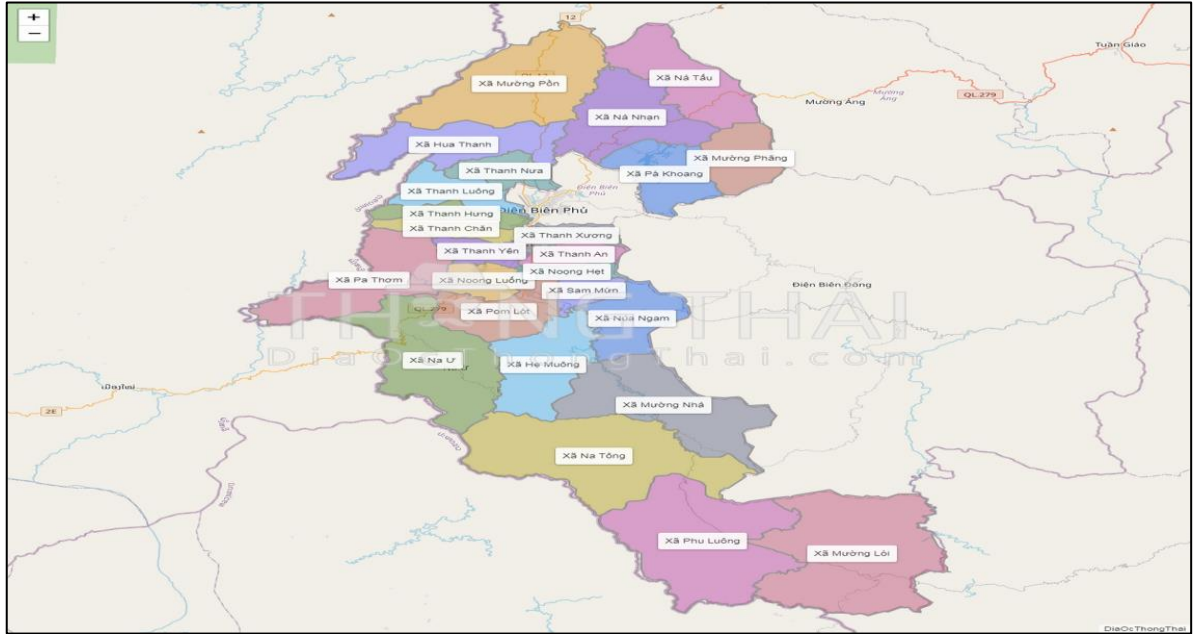
Các thông tin thu được sẽ được bảo mật và chỉ nhằm phục vụ mục đích nghiên cứu, học tập. Việc tham gia trả lời là hoàn toàn tự nguyện. Người được mời cung cấp thông tin/ tham gia có quyền từ chối trả lời bất kỳ lúc nào.

Việc thu thập thông tin bắt đầu từ tháng 1 năm 2015. Chúng tôi sẽ sử dụng các thông tin thu được vào việc nghiên cứu “Hiệu quả mô hình can thiệp xét nghiệm khẳng định HIV tại 5 huyện miền núi phía Bắc, Việt Nam, năm 2015-2016”. **Mọi câu hỏi có liên quan đến việc thu thập thông tin này xin liên hệ với:**

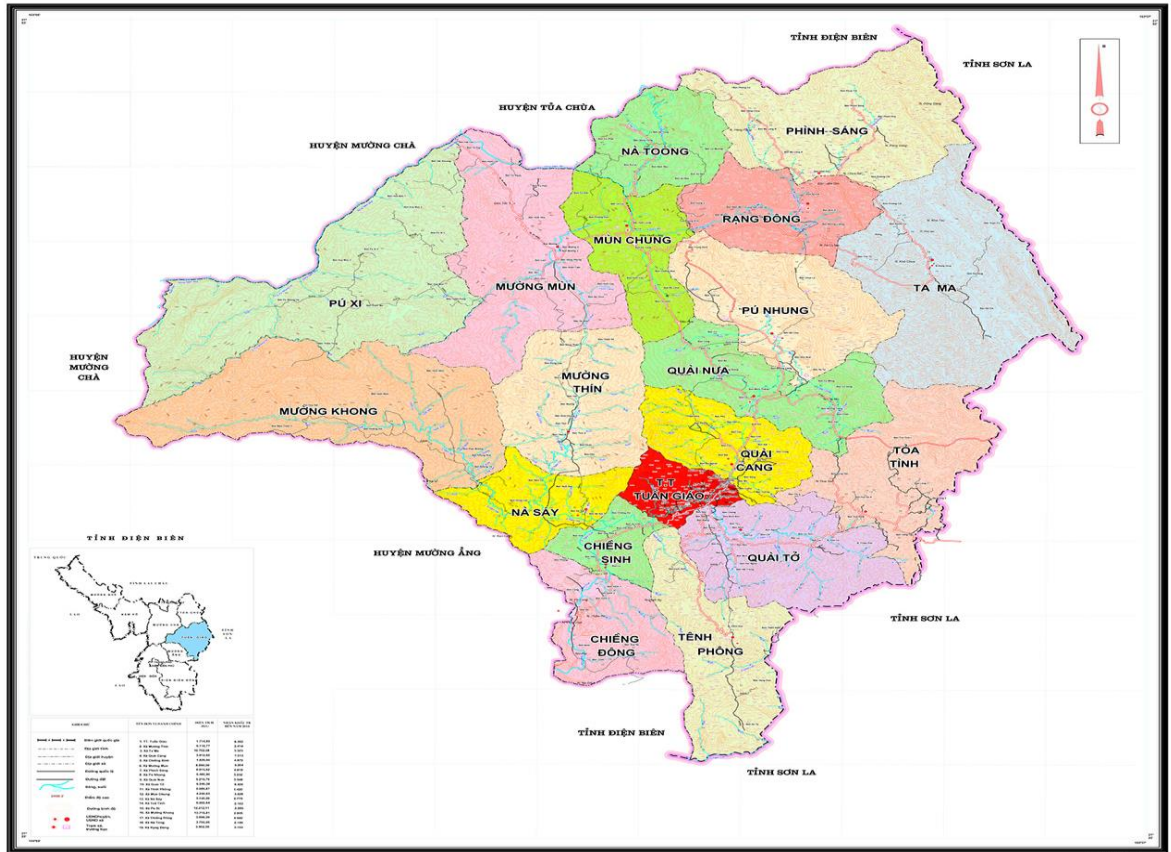
1. Nghiên cứu viên Nguyễn Việt Nga, lớp NCS 9 trường Đại học Y tế công cộng Hà Nội, điện thoại 0982035107
2. Hội đồng đạo đức, trường Đại học Y tế công cộng, 1A Đức Thắng, Bắc Từ Liêm, Hà Nội. Số điện thoại: (04)62662386
3. Phòng đào tạo sau đại học, trường Đại học Y tế công cộng, 1 A Đức Thắng, Bắc Từ Liêm, Hà Nội. Số điện thoại: (04)62662335

Xin chân thành cảm ơn!

Phụ lục 5. Bản đồ địa bàn nghiên cứu
Bản đồ Huyện Điện Biên

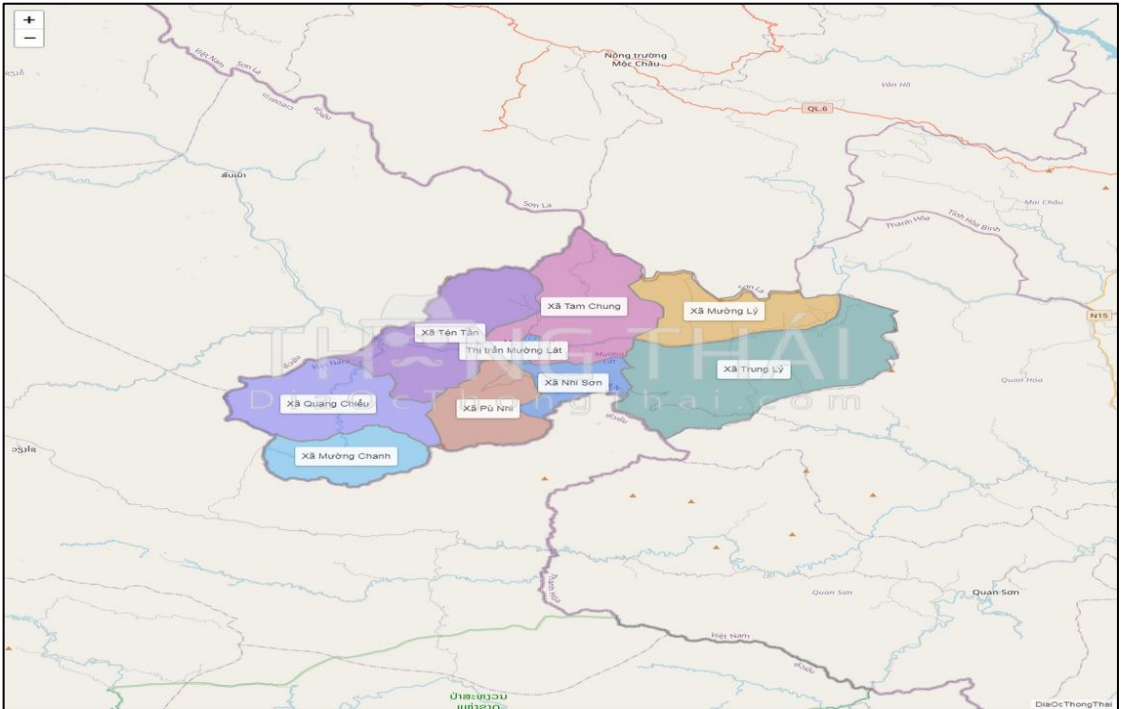


BẢN ĐỒ HÀNH CHÍNH HUYỆN TUẦN GIÁC

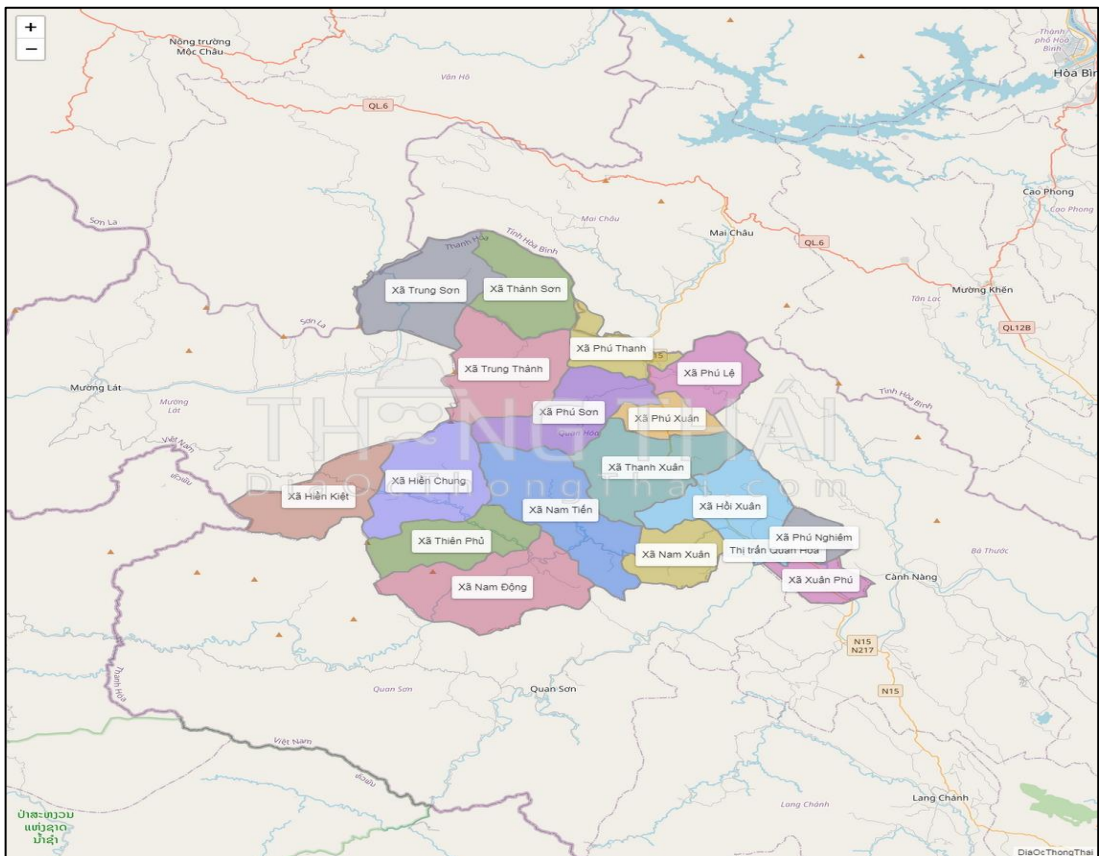


TỶ LỆ 1:50.000

Bản đồ Huyện Mường Lát



Bản đồ Huyện Quan Hóa



Bản đồ Huyện Mộc Châu



Phụ lục 6. Một số hình ảnh trong quá trình nghiên cứu





