

# MÔ HÌNH LỒNG GHÉP ĐIỀU TRỊ NGHIỆN CHẤT BẰNG SUBOXONE TẠI CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ HIV NGOẠI TRÚ Ở HÀ NỘI: QUAN ĐIỂM CỦA CÁN BỘ Y TẾ VÀ BỆNH NHÂN

Đinh Thị Thanh Thúy<sup>1,✉</sup>, Lê Minh Giang<sup>1</sup>, Todd Korthuis<sup>2</sup>,  
Phạm Phương Mai<sup>1</sup>, Lynn Kunkel<sup>2</sup>, Nguyễn Thu Hằng<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội, Việt Nam,

<sup>2</sup>Oregon Health and Science University, The United State

*Nghiên cứu định tính mô tả thách thức và thuận lợi từ quan điểm của bệnh nhân và cán bộ y tế trong quá trình thực hiện lồng ghép điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng Suboxone tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú tại Hà Nội. Sử dụng phương pháp nghiên cứu định tính, tiến hành phỏng vấn sâu nhóm cán bộ y tế (24 cán bộ) và nhóm bệnh nhân tham gia can thiệp (23 bệnh nhân) tại 4 cơ sở điều trị HIV ngoại trú triển khai can thiệp tại Hà Nội. Kết quả phân tích cho thấy, mô hình điều trị lồng ghép nghiện chất dạng thuốc phiện tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú (OPC) hiệu quả trên các phương diện như cải thiện mối quan hệ và trao đổi giữa cán bộ y tế và bệnh nhân, bệnh nhân chăm sóc toàn diện điều trị ARV và điều trị nghiện chất và thuận tiện trong việc đi lại và tiếp cận dịch vụ sức khỏe. Bên cạnh đó, mô hình lồng ghép đối diện với nhiều thách thức như kiến thức và kỹ năng điều trị, tình trạng quá tải công việc, trang thiết bị cơ sở vật chất, và vấn đề kỳ thị. Những phát hiện của nghiên cứu này là một đóng góp nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ, duy trì và mở rộng mô hình điều trị trong tương lai.*

**Từ khóa:** HIV/AIDS, lồng ghép điều trị, điều trị nghiện chất, Suboxone

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Một trong những hệ quả sức khỏe của tiêm chích heroin là gánh nặng về HIV/AIDS, theo số liệu thống kê toàn cầu, tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm tiêm chích ma túy là 17,8%.<sup>1</sup> Tại Việt Nam, kết quả chương trình giám sát trọng điểm HIV năm 2016, tỷ lệ lây nhiễm HIV trong nhóm tiêm chích ma túy là 9,53%.<sup>2</sup> Tiêm chích ma túy tác động tiêu cực đến điều trị HIV như tuân thủ điều trị và kết quả điều trị ARV và chất lượng cuộc sống.<sup>3</sup> Cung cấp điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế như methadone hay buprenorphine góp phần cải thiện tiếp cận và kết quả điều trị HIV như tuân thủ điều trị, nâng cao tải lượng vi rút HIV và giảm tỷ lệ tử vong.<sup>3</sup> Chính vì thế, lồng ghép điều

trị nghiện chất dạng thuốc phiện và điều trị HIV đã được nhiều tổ chức khuyến khích triển khai.<sup>4</sup> Nhiều bằng chứng cho thấy lồng ghép điều trị thay thế nghiện chất dạng thuốc phiện và HIV giúp giảm tử tặc hành chính, kiểm soát tốt hơn tương tác thuốc, tuân thủ điều trị, giảm sự kỳ thị đối với tình trạng HIV và giảm chi phí.<sup>5,6</sup>

Tại Việt Nam, chương trình điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng Methadone đã được triển khai ở Việt Nam từ năm 2008. Tính đến cuối năm 2017, đã có 294 cơ sở điều trị và gần 52.818 bệnh nhân.<sup>7</sup> Chương trình Methadone đem lại nhiều kết quả tích cực,<sup>8</sup> tuy nhiên, việc đi uống thuốc hàng ngày, thời gian uống không phù hợp, và thiếu phương tiện đi lại là những rào cản hạn chế việc tiếp cận và duy trì điều trị. Đây không phải là khó khăn của riêng chương trình Methadone ở Việt Nam mà cũng là thách thức ở nhiều quốc gia khác<sup>9</sup> cần có những mô hình mới để mở rộng dịch vụ và tiếp cận điều trị nghiện chất song song với điều

Tác giả liên hệ: Đinh Thị Thanh Thúy,

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: dinhthuy@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 13/05/2020

Ngày được chấp nhận: 25/06/2020

trị ARV cho người tiêm chích ma túy. Trong bối cảnh đó, buprenorphine với các ưu thế như ít tương tác thuốc với ARV, nguy cơ quá liều thấp và thời gian uống linh hoạt đã được điều trị lồng ghép tại cơ sở y tế như chăm sóc sức khỏe ban đầu và cơ sở điều trị HIV.<sup>10</sup> Chủ trương lồng ghép điều trị nghiện chất và điều trị ARV đã được triển khai với mô hình lồng ghép như cùng địa điểm cùng đội ngũ cán bộ y tế (Nam Từ Liêm); cùng địa điểm nhưng khác cán bộ y tế (Hoàng Mai, Long Biên), cùng cán bộ y tế nhưng khác địa điểm (Đống Đa).<sup>11,12</sup> Việc cắt giảm nguồn tài trợ nước ngoài, một mặt đòi hỏi các dịch vụ y tế này cần phải lồng ghép để đương đầu với vấn đề kinh phí nhưng mặt khác cũng làm cho việc lồng ghép trở nên phức tạp hơn khi phải chuyển đổi dịch vụ điều trị HIV sang hình thức thanh toán bảo hiểm và đồng chi trả cùng với bệnh nhân.<sup>11</sup>

Với mục tiêu tiếp cận điều trị nghiện chất và đánh giá mô hình điều trị khác nhau nhằm cải thiện hiệu quả và mở rộng điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện và điều trị ARV, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Đánh giá mô hình điều trị bằng Suboxone tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú trên bệnh nhân HIV nghiện các chất ma túy dạng thuốc phiện ở Hà Nội” từ 2016 - 2019. Chúng tôi tuyển chọn 200 bệnh nhân HIV nghiện các chất dạng thuốc phiện đồng ý điều trị nghiện chất bằng suboxone tại cơ sở điều trị ngoại trú HIV (OPC) trên địa bàn Hà Nội. Bệnh nhân sẽ được theo dõi 12 tháng, phỏng vấn với bộ câu hỏi thiết kế sẵn tại thời điểm 0 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng. Bệnh nhân được lấy máu xét nghiệm tải lượng vi rút tại thời điểm 0 tháng, 6 tháng và 12 tháng. Nghiên cứu định tính được tiến hành song song với mục đích tìm hiểu thuận lợi và thách thức của bệnh nhân và cán bộ y tế đối với việc lồng ghép điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng suboxone tại OPC.

## I. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu gồm có 2 nhóm: 1) Nhóm Cán bộ Y tế (24 cán bộ) bao gồm cán bộ lãnh đạo cơ sở, bác sỹ, y tá, tư vấn viên và cán bộ cấp phát thuốc; 2) Nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu (23 bệnh nhân).

Cách thức tuyển chọn đối tượng tham gia nghiên cứu: Tất cả cán bộ y tế tham gia vào nghiên cứu đều được mời phỏng vấn sâu. Bệnh nhân được lựa chọn ngẫu nhiên 6 bệnh nhân tham gia nghiên cứu mỗi cơ sở.

### 3. Phương pháp nghiên cứu

*Thiết kế nghiên cứu:* Phương pháp định tính, thông tin thu thập qua các cuộc phỏng vấn sâu đối tượng nghiên cứu. Các cuộc phỏng vấn này được thực hiện 2 lần: phỏng vấn lần 1 vào thời điểm bắt đầu can thiệp và phỏng vấn lần 2 tại thời điểm kết thúc can thiệp.

#### *Địa điểm và thời gian nghiên cứu*

Nghiên cứu được thực hiện tại 4 cơ sở điều trị HIV ngoại trú Hoàng Mai, Nam Từ Liêm, Long Biên và Đống Đa trên địa bàn thành phố Hà Nội từ 2016 - 2019.

#### *Nội dung thu thập*

Đối với nhóm cán bộ y tế tập trung vào 1) thực trạng tình hình điều trị HIV và điều trị nghiện chất; 2) những thay đổi của phòng khám khi cung cấp dịch vụ điều trị nghiện bằng Suboxone; 3) những thuận lợi và thách thức khi lồng ghép hai loại thuốc điều trị; 4) kế hoạch mở rộng lồng ghép dịch vụ điều trị HIV và nghiện chất trong tương lai.

Đối với nhóm bệnh nhân tập trung vào các nội dung 1) Trải nghiệm đối với tình trạng nhiễm HIV và điều trị ARV; 2) trải nghiệm đối với việc điều trị nghiện chất (bao gồm những khó khăn trong quá trình tiếp cận dịch vụ điều trị nghiện); 3) Những thách thức và sự hỗ trợ trong quá trình điều trị nghiện chất.

### 3. Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm ATLAS.TI 8.0 để mã hóa và phân tích các dữ liệu định tính.

### 4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng xét duyệt các nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Y Hà Nội thông qua theo chứng nhận chấp thuận số 134 ngày 29/10/2013. Đối tượng tham gia hoàn toàn tự nguyện và đồng ý ghi âm cuộc phỏng vấn. Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu đều được loại bỏ và mã hóa trước khi tiến hành phân tích.

## II. KẾT QUẢ

### 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Nhóm bệnh nhân phần lớn có độ tuổi dưới 40 (chiếm hơn 69%), trình độ học vấn chủ yếu là trung học cơ sở và trung học phổ thông với 78,26% và chưa lập gia đình (39,13%) Hơn một nửa đối tượng không có việc làm (65,22%), chủ yếu là lao động tự do hoặc tham gia phụ giúp vào công việc buôn bán của gia đình. Thời gian sử dụng ma túy dao động từ 5 - trên 10 năm trong đó 56,52% sử dụng trên 10 năm.

**Bảng 1. Một số đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	n = 23	%
<b>Độ tuổi</b>		
< 35	9	39,13
36 - 40	7	30,43
> 40	7	30,43
<b>Tình trạng hôn nhân</b>		
Chưa lập gia đình	9	39,13
Ly dị hoặc ly thân	6	26,09
Đã kết hôn	7	30,43
Góa	1	4,35
<b>Trình độ học vấn</b>		
Tiểu học	3	13,04
Trung học cơ sở	9	39,13
Trung học phổ thông	9	39,13
Trung cấp, cao đẳng, đại học	2	8,70
<b>Tình trạng việc làm</b>		
Có việc làm	8	34,78
Thất nghiệp	15	65,22
<b>Thời gian sử dụng ma túy</b>		
< 5 năm	1	4,35
5 - 10 năm	9	39,13
> 10 năm	13	56,52

Cán bộ y tế, bao gồm lãnh đạo cơ sở (4 người) bác sỹ (8 người) và cán bộ tư vấn (4 người), y tá (4 người), dược sỹ (4 người) đều có thời gian công tác tại các cơ sở điều trị methadone và OPC ít nhất một năm và tham gia vào triển khai điều trị suboxone tại cơ sở.

## 2. Những lợi ích của hình thức lồng ghép điều trị

Do đặc thù dịch HIV ở Việt Nam tập trung chủ yếu ở nhóm tiêm chích ma túy, việc lồng ghép điều trị nghiện chất và điều trị HIV được cán bộ y tế và bệnh nhân đánh giá là tích cực trên các khía cạnh như cải thiện mối quan hệ giữa cán bộ y tế và bệnh nhân, được chăm sóc sức khỏe toàn diện và thuận tiện đi lại cho bệnh nhân trong quá trình điều trị.

Đối với mô hình lồng ghép, bệnh nhân và cả cán bộ y tế đều cảm thấy mối quan hệ và trao đổi giữa cán bộ y tế và bệnh nhân dễ dàng hơn, bệnh nhân không cần che giấu tình trạng sử dụng chất của mình.

*“Trước đây thì đi lấy thuốc thì em muốn lấy thuốc xong rồi về nhưng từ khi em điều trị thuốc ngậm (Suboxone) tại đây thì em trò chuyện với cán bộ y tế nhiều hơn...ngoài những chuyện liên quan đến điều trị nghiện và HIV thì các chị ấy hỏi thăm công việc, gia đình thì mình thấy gần gũi hơn, có điều gì không hiểu thì dễ dàng hỏi các chị. Em chưa đến uống thuốc thì các chị ấy cũng gọi điện nhắc nhở”* (Nam bệnh nhân 35 tuổi)

*Mình điều trị ở đây cả hai, giao tiếp với các anh chị bác sỹ và y tá hàng ngày, thì mình cũng cảm thấy gần gũi hơn là lâu lâu mới gặp nhau, mình nói chuyện cởi mở hơn, không cần che giấu việc sử dụng. (Nữ bệnh nhân 41 tuổi)*

Một mặt tích cực nữa đối với bệnh nhân trong quá trình điều trị lồng ghép mà cán bộ y tế và bệnh nhân đánh giá cao đó chính là được điều trị nghiện chất và điều trị ARV toàn diện hơn. Cán bộ y tế có thể hiểu tổng quát về tiến

triển điều trị và kết quả xét nghiệm được sử dụng hai hình thức điều trị của bệnh nhân.

*“Đặc điểm của bệnh nhân này là bệnh nhân rất sợ lấy máu, và ven của họ cũng hỏng nên rất khó lấy máu nếu như thế nên rất thuận lợi là mình có thể sử dụng một số kết quả xét nghiệm cho cả hai hình thức điều trị (điều trị nghiện chất và ARV). Vừa tiết kiệm chi phí cho bệnh nhân, vừa thuận tiện cho mình. Bác sỹ dễ dàng nắm bắt được thông tin của bệnh nhân để có những điều chỉnh trong quá trình điều trị”* (Y tá cơ sở OPC, 37 tuổi)

*“Ví dụ như mình điều trị ở đây, cả kết quả xét nghiệm hàng quý thì các bác sỹ theo dõi được cho mình, tất cả có trong hồ sơ. Bác sỹ hiểu được tình hình cả hai loại điều trị của mình. Ví dụ như mình dùng thuốc điều trị nghiện thì có ảnh hưởng thuốc điều trị ARV như thế nào, thì đó là cái lợi thế của lồng ghép”* (Bệnh nhân 32 tuổi)

Đối với bệnh nhân, lồng ghép điều trị rất thuận tiện cho họ trong việc đi lại cũng như tiếp cận đến dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác.

*“...Điều trị cùng một nơi mình vừa đi uống ngậm thuốc, vừa lấy thuốc ARV hoặc hoặc là có vấn đề gì đấy cần tư vấn này, hoặc là cần khám vấn đề sức khỏe khác, thì hàng ngày mình đến một cái địa điểm, thì nó tiện lợi hơn rất là nhiều”* (Bệnh nhân 42 tuổi).

## 3. Những thách thức đối với việc triển khai mô hình lồng ghép

Quá trình lồng ghép điều trị nghiện chất tại cơ sở điều trị HIV cũng gặp rất nhiều thách thức liên quan đến kiến thức và kỹ năng điều trị, quá tải công việc, cơ sở vật chất và sự kỳ thị.

Khi triển khai can thiệp, tất cả cán bộ y tế đã được tập huấn, những kiến thức này chưa đủ để giải quyết hết những vấn đề nảy sinh trong quá trình lồng ghép.

*“Thời gian đầu triển khai bọn em cũng khá lúng túng, khởi liệu cho bệnh nhân rất khó khăn.*

Bệnh nhân rất sợ hội chứng cai có bệnh nhân thì cố gắng hợp tác nhưng cũng có bệnh nhân người ta không vượt qua được. Mình vừa làm vừa học” (Bác sĩ điều trị 26 tuổi)

Trong quá trình triển khai, cán bộ y tế gặp nhiều thách thức đối với những bệnh nhân có độ dung nạp cao hay bệnh nhân sử dụng đa ma túy. Bác sĩ cũng như tư vấn viên cảm thấy lúng túng khi xử trí những trường hợp này.

“Nhu bệnh nhân D bọn em cũng đã tiến hành tăng liều tối đa cho bệnh nhân nhưng bệnh nhân vẫn kêu mệt và bệnh nhân bảo là đến tầm chiều tối là bệnh nhân đã có cảm giác vật vã, mệt mỏi nên bệnh nhân vẫn cứ tiếp tục sử dụng ma túy. Bọn em cũng tư vấn nhiều cho bệnh nhân rồi nhưng mà bệnh nhân vẫn dùng ma túy. Nhiều bệnh nhân cũng kêu mệt lắm nhưng mà bọn em cũng phải hỏi kỹ xem là bệnh nhân mệt như thế nào, mệt do chưa đủ liều hay là mệt do phải đi làm đêm làm ca để có hướng điều chỉnh trong quá trình điều trị” (Bác sĩ điều trị, 28 tuổi)

“Bệnh nhân nghiện họ có đời sống đa dạng và phức tạp: có anh thì sử dụng đá, tư vấn kiểu gì không bỏ; có anh thì phải đi trốn nợ, hôm uống hôm không, có anh thì không có việc làm, có anh, trong quá trình tư vấn bọn em cũng phải tìm hiểu thật kỹ” (Cán bộ tư vấn OPC, 31 tuổi)

Lồng ghép điều trị nghiện tại OPC tạo nên những áp lực về mặt nhân lực và công việc. Mặc dù, lồng ghép dịch vụ được xem là một biện pháp tối ưu để tối đa việc sử dụng nhân lực trong bối cảnh cắt giảm kinh phí, nhưng trong bối cảnh mỗi OPC cơ cấu 4 - 6 nhân viên, điều trị cho khoảng 500 bệnh nhân, lồng ghép điều trị nghiện cũng tạo sức ép cho cán bộ y tế.

“Với khối lượng phòng khám của cô là hơn 700 bệnh nhân, bây giờ chuyển sang thanh toán bảo hiểm nữa, thời gian mình làm giấy tờ thủ tục để thanh toán rất mất thời gian. Rồi các công việc khác của trung tâm, rất nhiều báo cáo khác nhau. Mà nhân lực đang ngày càng có xu

hướng giảm đi chứ không có tăng thêm. Thế nên khi lồng ghép, số lượng bệnh nhân đông quả thực cũng rất thách thức, hơn nữa bệnh nhân còn uống thuốc ngày thứ 7 và chủ nhật, nên cán bộ phòng khám cắt cử nhau trực thêm vào ngày cuối tuần. (Bác sĩ điều trị, 60 tuổi)

Cơ sở vật chất tại OPC cũng là một thách thức khi lồng ghép điều trị nghiện chất. Cần có khu vực chuyên biệt bảo quản thuốc và phòng tư vấn riêng để đảm bảo bí mật thông tin trong quá trình tư vấn.

“Tại cơ sở của cô đây phòng ốc cũng không đảm bảo an ninh, các điều kiện chuyên biệt (độ ẩm, nhiệt độ) để bảo quản thuốc điều trị nghiện không có nên cô đành phải gửi thuốc Suboxone trên phòng dược của cơ sở methadone.” (Bác sĩ điều trị tại OPC, 60 tuổi).

“Nếu mà lồng ghép lâu dài thì cơ sở cũng phải xin thêm một phòng để bệnh nhân có chỗ ngồi ngậm thuốc, có nơi riêng tư sử dụng tư vấn cho bệnh nhân. Chứ phòng tư vấn của bệnh nhân ARV cũng phải sử dụng thường xuyên, mà những ngày tái khám bệnh nhân lại rất đông” (Bác sĩ trưởng phòng khám OPC, 52 tuổi)

Lo sợ bị kỳ thị, lộ bí mật tình trạng nhiễm HIV của mình cũng khiến cho bệnh nhân đặc biệt là bệnh nhân trẻ tuổi hoặc những bệnh nhân chưa lộ tình trạng nhiễm HIV không cảm thấy thoải mái tham gia điều trị nghiện tại OPC.

“...Thời gian đầu anh lên đây điều trị anh rất sợ vì ngày nào mình cũng phải đi uống thuốc thì tránh sao được gặp người này người kia. Khi đến đây điều trị, anh phải bịt kín hết, rồi chọn giờ vắng như buổi trưa. Cán bộ y tế ở đây cũng tạo điều kiện thì anh có thể uống thuốc cuối hoặc sau giờ làm” (Bệnh nhân điều trị Suboxone, 45 tuổi).

“Khi mình đến đây (OPC) thì người ta sẽ biết mình nhiễm HIV, hơn nữa chỉ có những người ngậm thuốc là người có HIV, em cũng đã chọn cơ sở này xa nhà của em, nhưng vẫn lo lắng



*nhỡ gặp người quen và bị lộ thông tin của mình”* (Bệnh nhân điều trị Suboxone, 35 tuổi).

### III. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy các yếu tố thuận lợi và thách thức đóng góp hữu ích đối với tiến hành và mở rộng chương trình lồng ghép điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện và điều trị ARV tại Việt Nam.

Mô hình lồng ghép được đánh giá là giúp cải thiện mối quan hệ giữa cán bộ y tế và bệnh nhân, bệnh nhân cảm thấy thoải mái hơn khi chia sẻ tình hình điều trị cũng như câu chuyện hàng ngày với cán bộ y tế. Các nghiên cứu trước đây về mối quan hệ và trao đổi giữa bệnh nhân và cán bộ y tế đều cho thấy rằng đối với cơ sở lồng ghép thì việc trao đổi với cán bộ y tế về tình trạng nghiện chất tốt hơn so với mô hình không lồng ghép.<sup>12</sup> Ngoài ra, mô hình lồng ghép giúp cho chăm sóc sức khỏe bệnh nhân toàn diện hơn. Một nghiên cứu về lồng ghép điều trị giữa điều trị methadone và ARV tại Việt Nam năm 2014 - 2015 cũng cho kết quả tương tự, lồng ghép giúp cán bộ y tế giám sát tốt hơn tiến trình điều trị HIV và điều trị nghiện chất để đảm bảo cung cấp cho bệnh nhân các dịch vụ tư vấn và liều lượng thuốc phù hợp.<sup>5</sup> Nghiên cứu về lồng ghép điều trị buprenorphine/naloxone tại Mỹ từ năm 2004 - 2009, Egan và cộng sự chỉ ra rằng lồng ghép điều trị thuận lợi cải thiện kết quả điều trị nghiện chất và điều trị HIV, bệnh nhân cảm thấy được chăm sóc sức khỏe toàn diện hơn<sup>13</sup>. Bên cạnh đó, mô hình lồng ghép điều trị được nhiều nghiên cứu đánh giá là thuận tiện và giảm quá trình đi lại tiếp cận các dịch vụ sức khỏe của bệnh nhân.<sup>13,5</sup>

Nhưng mặt khác, lồng ghép điều trị cũng đặt ra những trở ngại đòi hỏi cần phải giải quyết để có thể giúp mô hình lồng ghép phát huy hiệu quả trong quá trình cung cấp dịch vụ cho bệnh nhân. Kiến thức được đào tạo không đáp ứng hết thực tế triển khai cung cấp dịch vụ điều trị

mới không chỉ là trở ngại đối với mô hình lồng ghép ở Việt Nam.<sup>5</sup> Mô hình lồng ghép điều trị HIV và Methadone ở Trung quốc năm 2014 cho thấy đào tạo ngắn hạn trước khi lồng ghép chưa đầy đủ giúp cán bộ y tế giải quyết được các vấn đề nảy sinh trong quá trình điều trị và đối phó với tác dụng phụ của bệnh nhân.<sup>14</sup> Điều này dẫn đến các yêu cầu cần có các hỗ trợ kỹ thuật thường xuyên và đào tạo thông qua thực hành cho các nhân viên cơ sở lồng ghép nhằm đáp ứng với thực tế điều trị<sup>5</sup>. Ngoài ra, quá tải công việc và nguồn nhân lực hạn chế là thách thức lớn đối với việc triển khai lồng ghép điều trị,<sup>5</sup> tuy nhiên việc thiếu chỉ tiêu biên chế, chế độ lương chưa thỏa đáng và môi trường làm việc nguy cơ là những hạn chế trong việc bổ sung nguồn nhân lực tại cơ sở lồng ghép điều trị.<sup>5</sup> Đảm bảo đủ cơ sở vật chất như phòng ốc an toàn chất lượng để bảo quản thuốc hay thiếu các phòng tư vấn riêng tư là trở ngại không chỉ ở mô hình lồng ghép tại Việt Nam mà cũng là thách thức ở các quốc gia khác.<sup>14</sup> Đảm bảo đầy đủ phòng riêng sẽ giúp tránh tình trạng lộ thông tin điều trị và hạn chế sự kỳ thị đối với bệnh nhân.

Kỳ thị và phân biệt đối xử với những người nhiễm HIV nghiện ma túy có thể khiến cho bệnh nhân không muốn tiếp cận và tiếp cận sớm dịch vụ điều trị và ảnh hưởng đến duy trì điều trị của bệnh nhân<sup>15,11</sup> Để có thể khuyến khích bệnh nhân tham gia điều trị mô hình lồng ghép cần có loại bỏ rào cản kỳ thị đối với người nhiễm HIV thông qua thiết lập một môi trường điều trị thân thiện và hỗ trợ bệnh nhân kiến thức và kỹ năng giải quyết vấn đề kỳ thị,<sup>16</sup> ngoài việc cải thiện điều kiện cơ sở vật chất.

### IV. KẾT LUẬN

Mô hình lồng ghép điều trị nghiện bằng Suboxone tại OPC mở ra lựa chọn mới cho bệnh nhân trong tiếp cận điều trị nghiện chất. Mô hình lồng ghép cũng tỏ ra hiệu quả trên

những phương diện như cải thiện mối quan hệ giữa cán bộ y tế và bệnh nhân, bệnh nhân được chăm sóc toàn diện hai loại điều trị và thuận tiện cho việc đi lại và tiếp cận dịch vụ sức khỏe. Tuy nhiên, để duy trì và mở rộng mô hình lồng ghép cần cung cấp đào tạo nâng cao năng lực và hỗ trợ kỹ thuật đối với cán bộ y tế, giải quyết tình trạng quá tải công việc, trang thiết bị cơ sở vật chất, và vấn đề kỹ thi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Degenhardt L, Peacock A, Colledge S, et al. Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *Lancet Glob Health*. 2017;5(12):e1192 - e1207. doi:10.1016/S2214 - 109X(17)30375 - 3
2. VAAC, Bộ Y tế. *Báo Cáo Công Tác Phòng, Chống HIV/AIDS Năm 2017 và Nhiệm vụ Trọng Tâm Năm 2018.*; 2017.
3. Low AJ, Mburu G, Welton NJ, et al. Impact of Opioid Substitution Therapy on Antiretroviral Therapy Outcomes: A Systematic Review and Meta - Analysis. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 2016;63(8):1094 - 1104. doi:10.1093/cid/ciw416
4. WHO. WHO | Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. WHO. Published 2016. Accessed February 21, 2019. <http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv - 2016/en/>
5. Go VF, Morales GJ, Mai NT, Brownson RC, Ha TV, Miller WC. Finding what works: identification of implementation strategies for the integration of methadone maintenance therapy and HIV services in Vietnam. *Implement Sci*. 2016;11(1):54. doi:10.1186/s13012 - 016 - 0420 - 8
6. Haldane V, Cervero - Licerias F, Chuah FL, et al. Integrating HIV and substance use services: a systematic review. *J Int AIDS Soc*. 2017;20(1). doi:10.7448/IAS.20.1.21585
7. Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2017. Accessed September 13, 2018. [http://vaac.gov.vn/Cms\\_Data/Contents/Vaac/Folders/Solieubaocao/Solieu/~contents/C3Q29C2RSBF9FL7R/BC - c - ng - t - c - PC - HIV - n - m - 2017 - v - nhi - m - v - trong - t - m - n - m - 2018.pdf](http://vaac.gov.vn/Cms_Data/Contents/Vaac/Folders/Solieubaocao/Solieu/~contents/C3Q29C2RSBF9FL7R/BC - c - ng - t - c - PC - HIV - n - m - 2017 - v - nhi - m - v - trong - t - m - n - m - 2018.pdf)
8. FHI. *Effectiveness Evaluation of the Pilot Program for Treatment of Opioid Dependence with Methadone.*; 2014. Accessed September 13, 2018. <https://www.fhi360.org/resource/effectiveness - evaluation - pilot - program - treatment - opioid - dependence - methadone>
9. Wu F, Peng C - Y, Jiang H, et al. Methadone maintenance treatment in China: perceived challenges from the perspectives of service providers and patients. *J Public Health Oxf Engl*. 2013;35(2):206 - 212. doi:10.1093/pubmed/fds079
10. Basu S, Smith - Rohrberg D, Bruce RD, Altice FL. Models for integrating buprenorphine therapy into the primary HIV care setting. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 2006;42(5):716 - 721. doi:10.1086/500200
11. Diep NB, Korthuis PT, Trang NT, Hoa VD, Giang LM. HIV patients' preference for integrated models of addiction and HIV treatment in Vietnam. *J Subst Abuse Treat*. 2016;69:57 - 63. doi:10.1016/j.jsat.2016.07.003
12. An TL, Nguyễn HA, Korthuis PT, Lê MG. Thực trạng thảo luận về sử dụng chất gây nghiện giữa cán bộ y tế và bệnh nhân tại các phòng khám điều trị ngoại trú HIV tại Hà Nội. *Tạp Chí Học Dự Phòng J Prev Med*. 2015;XXV(10 (170)).
13. Egan JE, Netherland J, Gass J, Finkelstein R, Weiss L, for the BHIVES Collaborative. Patient Perspectives on Buprenorphine/ Naloxone Treatment in the Context of HIV Care. *JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011;56. <https://journals.lww.com/jaids/>

Fulltext/2011/03011/Patient\_Perspectives\_on\_Buprenorphine\_Naloxone.8.aspx

14. Lin C, Cao X, Li L. Integrating antiretroviral therapy in methadone maintenance therapy clinics: Service provider perceptions. *Int J Drug Policy*. 2014;25(6):1066 - 1070. doi:10.1016/j.drugpo.2014.04.021

15. Rudolph AE, Davis WW, Quan VM, et al. Perceptions of community and family level IDU and HIV related stigma, disclosure decisions

and experiences with layered stigma among HIV positive injection drug users in Vietnam. *AIDS Care*. 2012;24(2):239 - 244. doi:10.1080/09540121.2011.596517

16. Ngọc LB, Ly AT, Hòa TT, Giang LM. Hỗ trợ của gia đình đối với nam tiêm chích ma túy nhiễm HIV tại Hà Nội. *Tạp Chí Nghiên Cứu Học*. 2016;99(1):173 - 181.

## Summary

### INTEGRATED MODEL OF OPIOID SUBSTITUTION TREATMENT WITH SUBOXONE AT HIV OUTPATIENT CLINIC IN HANOI: PERSPECTIVE FROM PROVIDERS AND PATIENTS

This is a qualitative research to describe the advantages and challenges from patients and health care professionals perspective in the integration of suboxone treatment at outpatient HIV clinics at Hanoi. In - depth interviews with healthcare worker group (24 staff) and patient group (23 patients) are conducted at 4 HIV outpatient clinics in Hanoi. Results of the analysis shown that the integrated model is effective in some aspects such as improving the relationship and communication between health workers and patients, providing comprehensive care in both ARV and substitution treatment, and convenience for accessing health care service. In contrast, the integrated model faces challenges such as staff's capacity in treatment knowledge and skills, works overload, facilities and equipment, and stigma. The findings of this study contribute to improving service quality, maintenance and scale up the model in the future.

**Keywords:** HIV/AIDS, integrated service, substance use treatment, suboxone