



7 января 2022 г.

Инструмент штата Орегон для оказания временной помощи в кризисных ситуациях

Принципы

В случае кризиса общественного здравоохранения потребности здравоохранения могут превысить имеющиеся возможности предложить потенциально жизненно важную помощь всем, кто в ней нуждается. В связи с ожидаемым резким увеличением количества заболевших штаммом омикрон, что еще больше сократит возможности больниц, ОНА выпускает этот временный инструмент для оказания помощи в кризисных ситуациях, который больницы могут использовать для справедливой расстановки приоритетов в лечении в условиях ограниченного количества коек в отделениях интенсивной терапии, аппаратов искусственной вентиляции легких и других жизненно важных ресурсов, если они понадобятся.

ОНА разработало этот временный инструмент оказания помощи в кризисных ситуациях на основе нескольких существующих инструментов сортировки, таких как инструменты, опубликованные в Аризоне, Массачусетсе и Вашингтоне, и внесло изменения в соответствии с [Принципами обеспечения равенства в вопросах здравоохранения во время чрезвычайных ситуаций, связанных с нехваткой ресурсов штата Орегон](#).¹ Эти принципы включают отсутствие дискриминации, равенство в вопросах здравоохранения, принятие решений под руководством пациента и прозрачное взаимодействие.

Больницы штата Орегон могут применять кризисные стандарты оказания медицинской помощи, если их ресурсы интенсивной терапии сильно ограничены, количество пациентов, обращающихся за неотложной помощью, превышает возможности и нет возможности переводить пациентов в другие учреждения интенсивной терапии.

В больницах с существующим инструментом для оказания помощи в кризисных ситуациях, связанным с ограниченными ресурсами интенсивной терапии, они могут продолжать использовать существующий инструмент, если он соответствует принципам, изложенным в [Принципами обеспечения равенства в вопросах здравоохранения во время чрезвычайных ситуаций, связанных с нехваткой ресурсов](#) и не противоречит государственным или федеральным антидискриминационным законам или любым другим применимым законам.

Резкое увеличение количества заболевших штаммом омикрон не дает времени для активного, всеобъемлющего и всестороннего участия сообщества и клиницистов,

¹ <https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/IR3513.pdf>

необходимого для создания более постоянного инструмента сортировки пациентов для больниц Орегона. ОНА по-прежнему намерено в срочном порядке продолжить свою параллельную работу по созданию новых инструментов для распределения ограниченных ресурсов с нашими партнерами по сообществу и поставщиками медицинских услуг в Орегоне, и этой зимой созовет новый Консультативный комитет штата Орегон по распределению ресурсов. Этот комитет будет обосновывать пересмотр опубликованных ОНА в 2020 г. принципов и этот промежуточный инструмент для оказания помощи в кризисных ситуациях, а также будет руководить разработкой всех необходимых дополнительных ресурсов, которые помогут обеспечить равенство в вопросах здравоохранения в рамках процессов и решений в условиях ограниченных ресурсов системы здравоохранения.

Этот временный инструмент остается несовершенным и в недостаточной степени решает проблему несправедливости в обеспечении равенства в вопросах здравоохранения, даже несмотря на то, что он лучше учитывает принципы отсутствия дискриминации и обеспечения равенства в вопросах здравоохранения штата Орегон при принятии сложных решений по сортировке пациентов.

Существующие в системе здравоохранения барьеры для сообществ представителей неевропеодной расы, племенных сообществ и людей с ограниченными возможностями, наряду с непропорционально большим наличием основных или хронических заболеваний, связаны с критическим неравенством в доступе к необходимой и непредвзятой медицинской помощи и обеспечивающему потребности жилью, достаточному количеству пищи и питательных элементов, и так далее. В предстоящей работе Консультативный комитет штата Орегон по распределению ресурсов должен уделять особое внимание тому, как мы улучшаем справедливое распределение ограниченных ресурсов, признавая при этом фундаментальное неравенство, которое начинается до процесса сортировки пациентов и определения приоритетов во время кризиса.

Концепции: Непрерывная медицинская помощь

По описанию Института медицины в 2013 г.², потребность в резком увеличении возможностей системы здравоохранения в случае бедствия возникает постоянно, в зависимости от спроса на медицинские услуги и имеющихся ресурсов. Эти концепции включают следующее:

- **Обычная вместимость.** Помещения, персонал и материалы, используемые для оказания помощи, соответствуют повседневной практике в больницах. Помещения и методы оказания клинической помощи, которые используются в ответ на пандемию, являются соответствующими для оказания клинической помощи, которая эквивалентна стандартному уходу за пациентами.
- **Резервная вместимость.** Используемые помещения, персонал и материалы не соответствуют повседневной практике, но обеспечивают уход, который функционально эквивалентен стандартному уходу за пациентами. Изменения в

² Institute of Medicine 2013. *Кризисные стандарты оказания медицинской помощи: Набор инструментов для индикаторов и триггеров*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/18338>.

использовании помещений или практик для оказания клинической помощи могут использоваться временно или на более постоянной основе во время пандемии (когда потребности, вызванные инцидентом, превышают ресурсы сообщества).

- **Кризисная вместимость.** Активация кризисной вместимости представляет собой существенную корректировку стандартов оказания медицинской помощи. Кризисная ситуация возникает, если ресурсы интенсивной терапии сильно ограничены, количество пациентов, обращающихся за неотложной помощью, превышает возможности и нет возможности переводить их в другие учреждения интенсивной терапии.

Предположения

В случае угрожающей нехватки медицинских услуг ОНА будет работать с больницами штата Орегон, чтобы сделать все возможное, чтобы максимально увеличить вместимость всей системы здравоохранения для оказания необходимой помощи как можно большему количеству пациентов. Это будет достигнуто за счет координации усилий по распределению пациентов в разные учреждения и направления критически важных ресурсов в наиболее пострадавшие области. Ожидается, что координация между партнерами по реагированию на всех уровнях (учреждение, местный, региональный, федеральный и уровень штата) позволит наилучшим образом удовлетворить потребности в медицинской помощи.

Больницы штата Орегон могут применять кризисные стандарты оказания медицинской помощи, если их ресурсы интенсивной терапии сильно ограничены, количество пациентов, обращающихся за неотложной помощью, превышает возможности и нет возможности переводить пациентов в другие учреждения интенсивной терапии.

Перед выполнением рекомендаций по сортировке пациентов, включенных в этот документ, будут выполнены следующие предположения:

- Каждая больница предпримет все возможные шаги для расширения возможностей по предоставлению ресурсов интенсивной терапии, в том числе за счет (а) накопления материалов; (б) отсрочки оказания несрочной помощи; (с) подготовки к использованию помещений, персонала и других ресурсов, которые обычно не используются для предоставления ресурсов интенсивной терапии, для оказания неотложной помощи.
- Каждая больница будет координировать свои действия с ОНА, региональными ресурсными больницами и другими местными партнерами и партнерами штата по реагированию и предупреждать их о текущей ситуации.
- Кризисные стандарты оказания медицинской помощи (КСОМП) применяются только в чрезвычайных обстоятельствах, когда ресурсы интенсивной терапии сильно ограничены, количество пациентов, обращающихся за неотложной помощью, превышает возможности, и нет возможности перевести пациентов в другие учреждения интенсивной терапии.

Когда больница выполнила все вышеперечисленные предположения относительно потребности в КСОМП и все другие варианты исчерпаны, больницы могут и должны активировать инструмент для оказания помощи в кризисных ситуациях для сортировки

ресурсов интенсивной терапии. Больницы должны сообщить ОНА о внедрении КСОМП и публиковать информацию об использовании инструментов для оказания помощи в кризисных ситуациях и предоставлять доступ к используемым инструментам по запросу.

Общественности потребуется доступ к актуальной, точной и прозрачной информации об использовании КСОМП, а также доступ к любым соответствующим инструкциям о том, как лучше всего получить доступ к медицинской помощи во время стихийного бедствия.

Следует постоянно оценивать необходимость постоянного использования инструмента для оказания помощи в кризисных ситуациях, а сортировку следует немедленно приостановить, как только критические ресурсы перестанут быть дефицитными.

Рекомендации по оказанию помощи в кризисных ситуациях: Введение

Если ресурсов будет достаточно, то всем пациентам, которым потенциально может помочь лечение, будет предложено лечение. Если ресурсов недостаточно, то для всех пациентов будут проведено индивидуальное обследование в соответствии с доступными наиболее объективными медицинскими данными.

- Решения о лечении должны основываться на вероятности дожития до выписки из больницы.
- Никому не будет отказано в уходе на основании стереотипов, предположений о качестве жизни какого-либо человека или суждений о «ценности» человека на основании наличия или отсутствия инвалидности.

Использование человеком медицинских или социальных ресурсов в прошлом или будущем не может быть фактором при принятии решения о лечении. Разумные изменения должны применяться там, где это уместно, к любым критериям сортировки для учета лиц с инвалидностью. Могут также потребоваться другие разумные изменения, необходимые для обеспечения равного доступа к лечению для пациентов с инвалидностью.

Ко всем пациентам, независимо от наличия ресурсов, будут относиться с уважением, заботой и состраданием. Решения о сортировке будут приниматься без учета не относящихся к делу соображений с медицинской или научной точки зрения, таких как социально-экономический статус, раса, этническая принадлежность, гендерная идентичность, сексуальная ориентация, национальное происхождение, иммиграционный статус, религиозная ориентация, родительский статус, платежеспособность, страховое покрытие, инвалидность, статус ветерана, генетическая информация, воспринимаемое качество жизни, ресурсоемкость/продолжительность, воспринимаемая социальная ценность или исключительно на основе возраста.

В решениях о сортировке пациентов не могут использоваться категорические критерии исключения, основанные на любом из перечисленных выше факторов. Скорее, решения должны приниматься с использованием индивидуальной оценки, основанной на наиболее объективных медицинских данных. В рамках любой оценки должны быть предоставлены обоснованные изменения, вспомогательные средства и услуги, а также услуги устного перевода, если это необходимо для обеспечения доступа к медицинской помощи.

Если позволяет время, больницы, которые достигли уровня экстренной или кризисной вместимости и сталкиваются с нехваткой ресурсов (больничные койки, койки интенсивной терапии, аппараты ИВЛ, диализные аппараты и т. д.), должны работать с другими учреждениями, чтобы узнать, доступны ли эти ресурсы в других местах. Если время не позволяет и/или у других учреждений не хватает критических ресурсов, следует использовать протоколы сортировки, изложенные в этом документе.

Предпочтения по уходу за пациентами

До, а также во время внедрения КСОМП, необходимо приложить все усилия для определения целей пациента в отношении ухода и предпочтений в лечении. Крайне важно знать, соответствуют ли агрессивные вмешательства, такие как госпитализация, прием в ОИТ или использование аппарата ИВЛ, предпочтениям пациента.

Если пациент не утратил способность принимать решения, следует в максимально возможной степени уважать его информированные отказы и осознанные пожелания относительно поддерживающего жизнь лечения с учетом принимаемых решений о сортировке. Пациентов и их семьи нельзя уговаривать или принуждать к согласию на прекращение, отказу в предоставлении поддерживающего жизнь лечения, также нельзя вести пропаганду поддерживающего жизнь лечения. Всех госпитализированных пациентов следует спросить, есть ли у них предварительные указания относительно медицинских документов, переносимых распоряжений по искусственному поддержанию жизни (POLST)³, каковы их цели лечения, и им следует настоятельно рекомендовать назначить доверенное лицо, уполномоченное принимать решения (например, представитель службы здравоохранения или долговременная доверенность на принятие медицинских решений), если это не было сделано ранее.

Поддержка принятия решений будет использоваться для пациентов с ограниченной или низкой способностью принимать решения о своем здоровье. Это позволит пациентам с ограниченными возможностями определять людей, поддерживающих их, чтобы помочь пациентам с ограниченными возможностями понимать, рассматривать решения и сообщать о решениях, давая пациенту с ограниченными возможностями инструменты для принятия собственных, осознанных решений.⁴

Поставщики медицинских услуг должны проявлять осторожность, чтобы не оказывать давление на пациентов или их семьи, чтобы они принимали решения по планированию расширенного медицинского обслуживания из-за представлений о качестве жизни или относительной ценности, а также не требовать от пациентов согласия на конкретное решение по планированию расширенного медицинского обслуживания для продолжения получения услуг в учреждении. Если документы по планированию расширенного медицинского обслуживания имеются и доступны, поставщик медицинских услуг должен убедиться, что цели пациента в отношении ухода и предпочтения в лечении остаются неизменными. Если пожелания пациента в отношении лечения изменились, следует обновить медицинские предписания и документы по планированию расширенного медицинского обслуживания.

³ <https://oregonpolst.org>

⁴ SB 1606/OAR 333–505–0033

Группа сортировки на основе КСОМП

Больница должна назначить группу сортировки на основе КСОМП для выполнения решений по распределению ресурсов интенсивной терапии. Лица, работающие в качестве представителей группы сортировки пациентов, не должны предоставлять медицинское обслуживание пациенту, для которого проводится сортировка, за исключением случаев, когда это невозможно с учетом кадровых возможностей больницы. Персонал сортировки пациентов должен отказаться от определения сортировки пациентов, которых они лично лечат, если не существует другой возможности. По возможности рекомендуется, чтобы группа сортировки на основе КСОМП больницы состояла из следующих лиц:

- Два-три старших врача с опытом сортировки пациентов (например, отделения интенсивной терапии, отделения экстренной медицины, отделения травматологической хирургии и т. д.). Сюда должны входить как минимум один врач и одна медсестра. У этих врачей должна быть лицензия, и они должны активно участвовать в работе в своей области.
- Специалист по медицинской этике с опытом работы и прошедший обучение в качестве консультанта по этике в области здравоохранения.
- Эксперт в вопросах культурного разнообразия, равенства и инклюзивности.
- Административный помощник должен регистрировать все решения группы сортировки пациентов и вести необходимые записи и документов.

Чтобы максимально снизить скрытую предвзятость, в каждой больнице в максимально возможной степени должна быть группа руководителей по вопросам сортировки пациентов и группа сортировки пациентов, которые в достаточной степени отражают разнообразие популяции пациентов, обслуживаемых больницей, с точки зрения демографических характеристик, таких как расовая/этническая принадлежность, ограниченные возможности, предпочитаемый язык, сексуальная ориентация и гендерная идентичность. Следует сделать все возможное, чтобы собрать группу, отражающую разнообразие сообщества и населения, обслуживаемого больницей. Разнообразие среди руководителей по вопросам сортировки пациентов призвано способствовать обеспечению равенства в вопросах здравоохранения и смягчению последствий сохранения неравенства в вопросах здравоохранения с точки зрения распределения ресурсов.

Члены группы сортировки пациентов больницы, отвечающие за вопросы распределения ограниченных ресурсов, также должны пройти подготовку по вопросам скрытой предвзятости и антирасизма. Если персонала, прошедшего такую подготовку, нет прямо сейчас, такое обучение членов группы сортировки пациентов следует провести как можно скорее.

Процесс сортировки пациентов для распределения ресурсов интенсивной терапии

При внедрении КСОМП поставщики медицинских услуг будут назначать баллы при сортировке пациентов по приоритету оказания медицинской помощи всем пациентам, которым требуется помощь в отделении интенсивной терапии (например, пациентам с гипотонией, которым требуется искусственная вентиляция легких, пациентам с другими

потребностям в отделении интенсивной терапии). Эти протоколы сортировки следует применять ко всем людям, включая пациентов как с COVID-19, так и без COVID-19, независимо от возраста, ограничения возможностей или других посторонних факторов. Все пациенты должны быть включены в один и тот же пул сортировки лиц, нуждающихся в лечении в условиях интенсивной терапии, и оценены.

- Оценка должна быть индивидуальной для каждого пациента на основе наиболее достоверных, актуальных и объективных медицинских данных. При рассмотрении прогноза необходимо учитывать острый эпизод и восстановление исходного уровня пациента и не следует учитывать его долгосрочную выживаемость или ресурсоемкость/продолжительность потребности в лечении.
- В редких случаях, когда представленные справочные таблицы могут не отражать элемент, важный для определения прогноза, поставщики могут рассмотреть дополнительные элементы в случаях, когда баллы сортировки равны или не могут быть определены из-за отсутствия клинических данных.
- После представления соответствующей клинической информации, относящейся только к критериям сортировки, поставщики, занимающиеся лечением пациентов, будут отозваны, и руководитель (-и) по вопросам сортировки пациентов примет (-ут) решение о сортировке с учетом распределения ограниченных ресурсов: например, начало, продолжение предоставления или изъятие определенного ограниченного ресурса. Лечащие врачи не будут принимать решения о приостановке или прекращении поддерживающих жизнь вмешательств при применении КСОМП, пока доступен независимый руководитель по вопросам сортировки пациентов или консультант по этике или если это не разрешено в соответствии с пересмотренным статутом штата Орегон (ORS) 127.635.
- Лечащие врачи могут принимать решения о прекращении или приостановке поддержания жизнедеятельности в зависимости от целей лечения на основе совместного принятия решений с пациентом/семьей. Это соответствует общепринятой практике.

Баллы при сортировке пациентов по приоритету оказания медицинской помощи

Баллы при сортировке пациентов по приоритету оказания медицинской помощи рассчитываются для взрослых с использованием балльной системы, основанной на баллах SOFA или mSOFA, для оценки выживаемости до выписки из больницы, определяемой на основе наилучших доступных объективных медицинских данных. Изменения должны быть внесены для людей с хроническим заболеванием почек, как описано ниже.

Для пациентов детского возраста следует использовать соответствующий возрасту прогностический инструмент (например, PELOD-2 (логистическая система оценки органной дисфункции в педиатрии (Pediatric Logistic Organ Dysfunction) для детей, SNAPPE-II для доношенных новорожденных и NICHD-OT для недоношенных новорожденных). См. Раздел «Педиатрические рекомендации» ниже.

Разумные изменения также должны быть внесены в любой инструмент оценки, когда это необходимо, чтобы гарантировать, что окончательный балл при сортировке пациентов по приоритету оказания медицинской помощи является точным для использования в отношении пациентов с инвалидностью, и чтобы характеристики, связанные с

инвалидностью, которые не связаны с краткосрочным риском смертности, не ухудшали этот балл, присвоенный пациенту. Использование специальных педиатрических критериев оценки, таких как PELOD-2, может быть разумным изменением для пациентов с ограниченными возможностями (например, глухотой, ограничениями когнитивной функции или ограниченной мобильностью).

Все пациенты будут иметь право на получение койко-мест и услуг интенсивной терапии независимо от их балла при сортировке пациентов по приоритету оказания медицинской помощи, но доступные ресурсы интенсивной терапии будут распределяться в соответствии с баллом при сортировке пациентов по приоритету оказания медицинской помощи, так что количество пациентов, которые получают интенсивную помощь будет определяться доступностью этих услуг.

Шаги для расчета баллов при сортировке по приоритету оказания медицинской помощи

Шаг 1: Определите прогноз выживаемости в больнице:

- a. Оцените степень органной дисфункции, измеренную или полученную с помощью SOFA, mSOFA (Таблица А) или соответствующего возрасту прогностического инструмента (например, PELOD-2 для детей, SNAPPE-II для доношенных новорожденных и NICHD-OT для недоношенных новорожденных). При необходимости можно также рассмотреть другие проверенные инструменты для особых обстоятельств, например MGAP для пациентов с травмами.
- b. Скорректируйте оценку mSOFA или SOFA для пациентов с хроническим заболеванием почек (см. ниже).
- c. Оцените необходимость разумных изменений для людей с физической инвалидностью (см. ниже).

Шаг 2: Назначьте баллы при сортировке по приоритету оказания медицинской помощи на основе прогноза выживаемости в больнице:

- d. Примените баллы при сортировке пациентов по приоритету оказания медицинской помощи в соответствии с таблицей **В** и наилучшие доступные объективные медицинские свидетельства.
- a. **ОСТАНОВИТЕСЬ** и пересмотрите систему оценок на предмет клинической согласованности и потенциальных систематических ошибок; поощряйте участие междисциплинарной группы по сортировке пациентов в этом обзоре.
- b. Если некоторой информации, обычно используемой для определения прогноза выживаемости в больнице, нет прямо сейчас, потребуются клиническая оценка и/или внесение разумных изменений в инструменты оценки.
- c. Учитывайте клинические признаки, указывающие на неизбежную смерть пациента.
- d. Если балл при сортировке пациентов по приоритету оказания медицинской помощи, основанный на прогностических инструментах, таких как mSOFA/SOFA, не является клинически согласованным, то скорректируйте

балл по мере необходимости, с учетом мнений междисциплинарной группы по сортировке пациентов, учитывая при этом потенциальные ошибки.

Шаг 3: Подтвердите и сообщите балл при сортировке пациентов по приоритету оказания медицинской помощи. Пациентам с самыми низкими баллами будет отдан наивысший приоритет для получения ресурсов интенсивной терапии.

Шаг 4: Если пациент соответствует критериям приема в отделение интенсивной терапии, но получает более низкий приоритет из-за ограниченных ресурсов интенсивной терапии, он будет помещен в список ожидания в отделении интенсивной терапии и переведен в терапевтическое отделение для продолжения лечения. По мере появления ресурсов клиническая ситуация будет оценена повторно и будет проведена повторная сортировка в соответствии с критериями, изложенными в шагах 1–3.

См. Диаграмму 1 для иллюстрации алгоритма КСОМП.

Таблица А. Модифицированный инструмент последовательной оценки органной недостаточности (mSOFA)

Орган/система	0	1	2	3	4
Респираторный SpO ₂ /FiO ₂	> 400	≤ 400	≤ 315	≤ 235	≤ 150
Печень	Нет желтухи или желтизны склер			Желтуха или желтизна склер	
Сердечно- сосудистая система, гипотензия	Нет гипотензии	САД <70 мм рт. ст.	дофамин ≤ 5 или добутамин в любой дозе	дофамин > 5 адреналин ≤ 0,1 норадреналин ≤ 0,1	дофамин > 15 адреналин > 0,1 норадреналин > 0,1
CNS, Шкала комы Глазго	15	13–14	10–12	6–9	<6
Почки, креатинин (мг/дл)	< 1,2	1,2–1,9	2,0–3,4	3,5–4,9	> 5,0

Таблица В. Прогноз выживаемости в больнице с использованием показателей mSOFA

Баллы				
1	2	3	4	5
mSOFA <6 или > 80 % прогнозируемая выживаемость	mSOFA 6–9 или 60–80 % прогнозируемая выживаемость	mSOFA 10–12 или 40–60 % прогнозируемая выживаемость	mSOFA >12 или 20–40 % прогнозируемая выживаемость	Умирание происходит быстро или < 20 % прогнозируемая выживаемость

Пациентам с самыми низкими баллами будет отдан наивысший приоритет для получения ресурсов интенсивной терапии.

Корректировка в соответствии с SOFA/mSOFA для пациентов с хроническим заболеванием почек.

Использование шкалы SOFA/mSOFA может усугубить существующую структурную несправедливость в обеспечении равенства в вопросах здравоохранения.⁵ Например, использование шкалы SOFA/mSOFA будет иметь непропорционально отрицательное влияние на пациентов с хроническим заболеванием почек, среди которых непропорционально преобладают представители небелокожего населения, которые, в свою очередь, непропорционально сильно пострадали от COVID-19. Чтобы уменьшить этот эффект, ***любому пациенту с хроническим заболеванием почек будет присвоено не более 2 баллов по шкале SOFA или mSOFA за повышенный уровень креатинина.***

Разумная адаптация с использованием SOFA/mSOFA для пациентов с ограниченными возможностями.

При использовании шкалы комы Глазго, инструмента для измерения тяжести острого повреждения головного мозга по шкале SOFA/mSOFA, будут добавлены баллы к шкале SOFA/mSOFA, когда пациент не может произносить слова разборчиво, даже если это состояние вызвано ранее существовавшим дефектом речи или хроническим использованием аппарата ИВЛ. Для людей с ограниченными возможностями, у которых наблюдаются исходные уровни нарушений до острого эпизода, должны быть выполнены разумные адаптации в процессе подсчета баллов, чтобы не повышать баллы по шкале SOFA/mSOFA для целей настоящего протокола, за исключением случаев, когда считается, что эти состояния напрямую и существенно влияют на вероятность выживания человека после острого заболевания при лечении.

Кроме того, пациентам с ограниченными возможностями для общения и/или ограниченным знанием английского языка должен быть предоставлен полный доступ к квалифицированным и сертифицированным услугам переводчиков, а также, при наличии показаний, вспомогательным технологиям или другим разумным приспособлениям для надлежащего и объективного завершения оценки. Для некоторых пациентов со значительными ограниченными возможностями для общения больница должна обеспечить присутствие у постели определенного лица (лиц) поддержки или других членов медицинской бригады (например, члена семьи или личного PCA) с соответствующей подготовкой по технике безопасности и средствами индивидуальной защиты в соответствии с законом штата Орегон.

Индивидуальные оценки

Несмотря на то, что физиологические системы оценки, такие как SOFA и mSOFA, предназначены для прогнозирования результатов для определенных групп, каждое решение по оценке должно основываться на индивидуальной оценке природы и серьезности острого заболевания или травмы, включая тщательный сбор анамнеза,

⁵ Schmidt H, Roberts DE, Eneanya ND. Rationing, racism and justice: advancing the debate around 'colourblind' COVID-19 ventilator allocation [published online ahead of print, 2021 Jan 6]. J Med Ethics. 2021; medethics-2020–106856. doi:10.1136/medethics-2020–106856

физикальный осмотр и надлежащее использование вспомогательных средств и клинические консультации, которые не включают автоматическое исключение пациентов с хроническими, но стабильными заболеваниями.

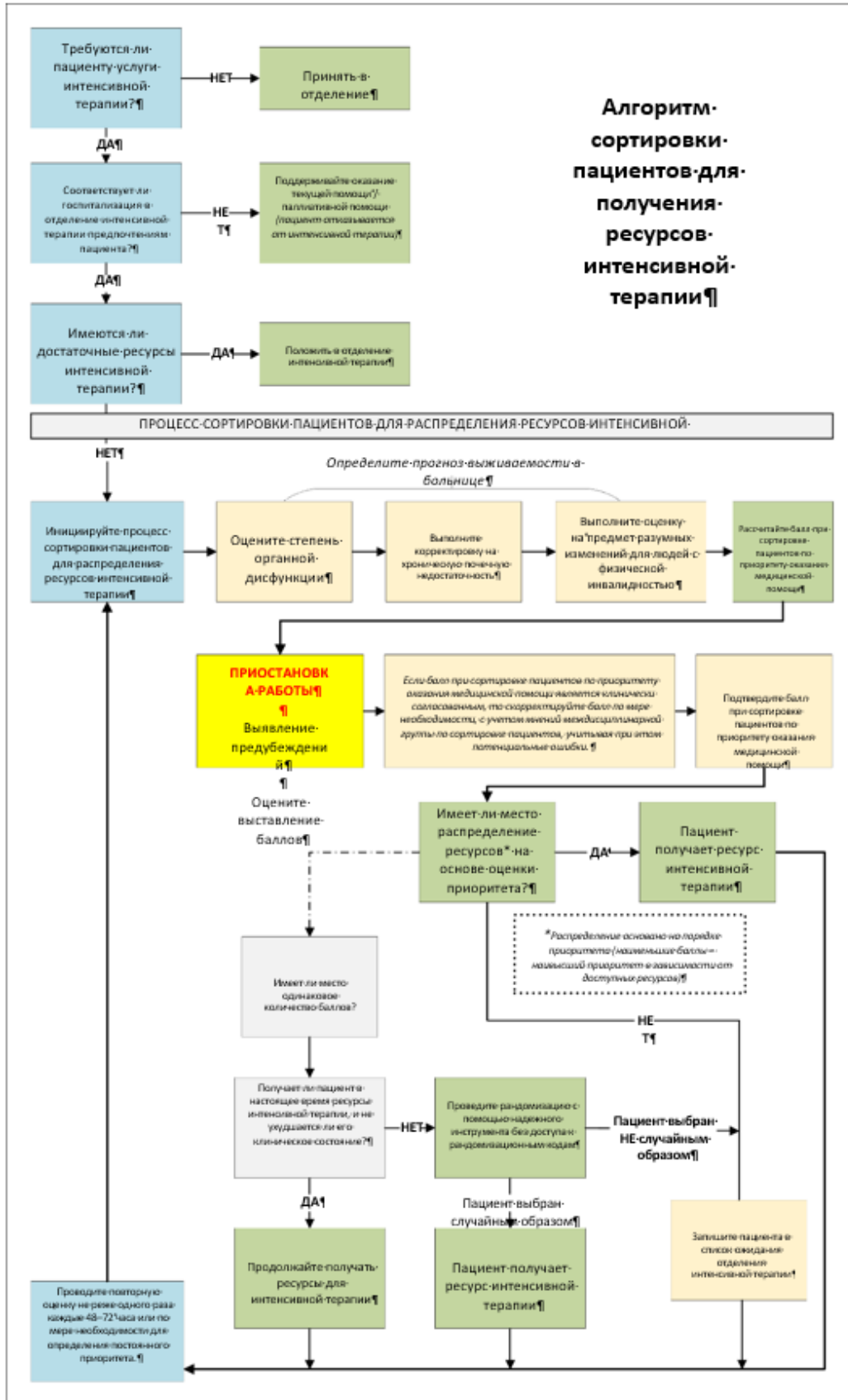
Прежде чем приступить к этой процедуре сортировки, важно знать, что есть некоторые люди, которые могут умереть немедленно или почти сразу, несмотря на агрессивную терапию, так что во время обычного лечения клиницисты не предоставляют услуги интенсивной терапии (например, массивные внутричерепные кровотечения, которые не поддается хирургическому вмешательству, трудноизлечимый шок, несмотря на лечение). Во время чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения клиницисты должны по-прежнему выносить те же суждения о медицинской целесообразности служб интенсивной терапии, используя критерии, которые они используют при оказании традиционной помощи.

Примечание для пациентов, проходящих искусственную вентиляцию легких в связи с хроническим заболеванием

При госпитализации пациента с хронической вентиляцией легких с его собственным (небольничным) аппаратом ИВЛ он будет продолжать получать ИВЛ с помощью этого аппарата, который считается его личной собственностью. При ИВЛ их личным аппаратом ИВЛ пациенты будут освобождены от процесса сортировки, когда аппараты ИВЛ являются ограниченным ресурсом, требующим сортировки. Ни при каких обстоятельствах личный аппарат ИВЛ пациента не будет «перераспределен» другому пациенту. То же самое можно сказать и о другом медицинском оборудовании длительного пользования, которое использует пациент и которое не принадлежит больнице.

Однако, если респираторный статус пациента, находящегося на хронической вентиляции легких, изменится и ему потребуется вентиляция с помощью нового аппарата ИВЛ, предоставленного больницей, пациент будет включен для оценки и распределения ресурсов, если согласно КСОМП существует протокол сортировки. В этом случае личный аппарат ИВЛ пациента остается личной собственностью и не подлежит принудительному перераспределению.

Схема 1. Алгоритм сортировки пациентов на предмет получения лечения по поводу критических заболеваний



Процесс разрешения вопросов в случае равного приоритета (одинаковое количество баллов)

После проведения классификации пациентов в соответствии с их баллом при сортировке пациентов по приоритету оказания медицинской помощи, все еще может возникнуть ситуация, когда ограниченные ресурсы потребуются двум или более пациентам с одинаковыми баллами при сортировке пациентов по приоритету оказания медицинской помощи.

Если один из пациентов с одинаковым баллом при сортировке пациентов по приоритету оказания медицинской помощи уже получает ресурс, то этот ресурс должен оставаться у этого пациента до тех пор, пока у пациента не наступит клиническое ухудшение.

В других случаях финального равного приоритета для одного и того же ограниченного ресурса распределение должно происходить случайным образом с использованием действительного слепого инструмента.

Примечание. ОНА известно, что больницы других штатов и некоторые больницы штата Орегон учитывают дополнительные факторы при сортировке или ситуациях равного приоритета, включая, помимо прочего, статус беременности и индекс территориальной депривации пациента.⁶ Она решила не рекомендовать эти факторы до тех пор, пока они не будут обсуждены в более инклюзивном процессе в рамках обсуждений Консультативного комитета штата Орегон по распределению ресурсов.

Решения о лечении не должны учитывать вопросы долгосрочной выживаемости, оценки качества жизни, прошлого или будущего использования медицинских или социальных ресурсов, ресурсоемкости или продолжительности потребности в ресурсах.

Текущая сортировка пациентов

Баллы при сортировке пациентов по приоритету оказания медицинской помощи следует пересчитывать через регулярные промежутки времени (например, не реже, чем каждые 48–72 часа). Это не означает, что лечение пациентов обязательно изменится; это должно позволить лечащим врачам и специалистам по сортировке оставаться в курсе состояния каждого пациента, а также используется для информирования диспетчерской службы больницы о местных ресурсах в зависимости от спроса.

1. Если у отдельного пациента, получающего ограниченные ресурсы, разовьется заболевание, которое может резко повлиять на его балл при сортировке пациентов по приоритету оказания медицинской помощи, то для этого отдельного пациента может быть повторно определен балл при сортировке пациентов по приоритету оказания медицинской помощи.
2. Пациенту не будет назначен более низкий балл при сортировке пациентов по приоритету оказания медицинской помощи просто потому, что ему по-прежнему требуются ограниченные ресурсы, такие как аппарат ИВЛ. До тех пор, пока клиническое течение не будет резко ухудшаться (например, развитие серьезного

⁶ <https://www.neighborhoodatlas.medicine.wisc.edu/>

осложнения) и лечащий врач считает, что дальнейшее использование ограниченного ресурса обосновано медицинскими показаниями, этот ресурс не будет переназначен. Лечащий врач не может отменить решение руководителя по вопросам сортировки пациентов. Появляющаяся клиническая информация об инфекциях COVID-19 указывает на то, что некоторым пациентам требуется длительная вентиляция легких; новая информация может привести к изменению лечения или текущих методов лечения этой новой и не полностью охарактеризованной инфекции. Этот документ не должен вступать в конфликт с этой потребностью или клиническим суждением о продолжающемся лечении.

3. Через регулярные промежутки времени дела должны систематически рассматриваться руководителем по вопросам сортировки пациентов или группой сортировки пациентов, не принимающей первоначальное решение, чтобы гарантировать последовательность, справедливость и соответствие процессу.

Запрос на повторную оценку пациентов

Любой клиницист, самостоятельно или по запросу пациента, семьи или защитника интереса пациента, может подать запрос на повторную оценку пациента при определении приоритета сортировки согласно КСОМП. Запросы должны быть ограничены опасениями относительно того, является ли точным балл отдельного пациента при сортировке пациентов по приоритету оказания медицинской помощи. Запрос на повторную оценку должен быть подан в письменной форме.

Для рассмотрения дела следует назначить одного или нескольких назначенных руководителей по вопросам сортировки пациентов, которые не участвовали в первоначальном принятии решения, или отдельную апелляционную группу. В зависимости от срочности медицинского явления (т.е. без уведомления или затягивания) подразумевается, что этот процесс может быть ретроспективным. Однако, если явление более продолжительное и могут быть затронуты потенциальные исходы для пациента, тогда должны быть созданы процессы, позволяющие принять достаточно быстрое решение.

Окончательные решения по любому запросу о повторной оценке конкретного случая пациента должны быть в письменной форме, датированы и рассчитаны по времени, а также должны включать всю подтверждающую документацию.

Сбор данных

Чтобы ретроспективно оценить вероятность того, что этот процесс определения приоритетов при сортировке может усугубить несправедливость в обеспечении равенства в вопросах здравоохранения, и для обоснования будущих обновлений, больница должна собирать следующие данные для любого пациента, проходящего рассмотрение и сортировку по причине распределения ограниченного ресурса. Следует отметить, что демографические данные не должны передаваться группе сортировки, чтобы избежать возможной предвзятости при принятии решения о распределении ресурсов. Эти данные следует собирать отдельно в рамках административных процессов.

В сбор данных должно быть включено следующее:

- Номер истории болезни пациента

- Название больницы и ее местонахождение
- Дата рождения
- Сексуальная ориентация и гендерная идентичность пациента, если известны
- Данные о расе, этнической принадлежности, языке и инвалидности пациента (в соответствии с требованиями REALD⁷)
- Данные о том, использовал ли пациент во время поступления в больницу личный аппарат ИВЛ или другое личное медицинское оборудование или ресурсы.
- Домашний адрес, бездомный или неизвестно
- Предпочтения пациента по уходу, задокументированные в предварительном распоряжении, переносимых распоряжениях по искусственному поддержанию жизни (POLST) или сообщенные представителем системы здравоохранения, лицом, оказывающим поддержку, или членом семьи.
- Приоритизация сортировки пациентов и клинические результаты

Прозрачная коммуникация

Прозрачность и ясное и эффективное информирование общественности и пациентов всегда важны, но особенно во время кризиса общественного здравоохранения. Наличие доступа к необходимой медицинской информации жизненно важен, и люди не должны быть ограничены в возможностях при получении своевременной и понятной информации о здоровье из-за своего языка, культуры или наличия доступа к технологиям и другим средствам поддержки.

Прозрачность требует, чтобы общественность была информирована о возникновении кризисных стандартов оказания помощи. Общественность должна располагать актуальной и прозрачной информацией о планах оказания помощи в кризисных ситуациях в системе здравоохранения, в том числе о том, как будут распределяться ресурсы в отличие от традиционных стандартов оказания помощи, и когда были задействованы CSC.

В системе здравоохранения должно осуществляться прозрачное и своевременное общение со всеми пациентами или их уполномоченными принимать решения лицами, когда больница сталкивается с ограничениями на ресурсы, включая характер ограничений и то, как будут приниматься решения о распределении ресурсов. Любое решение о распределении ресурсов (т. е. право на получение помощи на уровне ИВЛ или отделения интенсивной терапии) должно быть ясно доведено до сведения пациентов или их уполномоченных принимать решения лиц и задокументировано. Больницы должны предоставить всем пациентам информацию о том, как связаться с координатором больницы по Закону о защите прав граждан США с ограниченными возможностями (ADA) или защитником интересов пациента.

Во время чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения все сообщения должны формулироваться с учетом культурных особенностей, быть лингвистически доступными и удовлетворять потребности людей с ограниченными

⁷ <https://www.oregon.gov/oha/PH/DISEASES/CONDITIONS/COMMUNICABLEDISEASE/REPORTINGCOMMUNICABLEDISEASE/Pages/REAL-D-Collection-Toolkit.aspx>

интеллектуальными возможностями, нарушениями развития и другими нарушениями. Это можно сделать путем обеспечения эффективного общения с использованием квалифицированных переводчиков, составления экстренных сообщений на простом языке и на преобладающих языках, использования нескольких форматов, таких как аудиозапись, крупный шрифт и субтитры, предоставления доступа к выбранным пациентом оказывающим поддержку лицам, которые могут помочь обеспечить эффективное общение, а также обеспечения доступности предоставляющих экстренную информацию веб-сайтов лицам с ограниченными возможностями, как того требует федеральное законодательство о гражданских правах.

Аспекты, касающиеся пациентов детского возраста

Приоритизация ограниченных ресурсов для пациентов детского возраста аналогична приоритизации для взрослых. В состав группы сортировки должны входить врачи, обладающие опытом оказания педиатрической помощи в соответствии с клинической этикой.

Разумное изменение PELOD-2 или аналогичных педиатрических клинических инструментов может быть необходимой адаптацией для педиатрических пациентов с ограниченными возможностями. У пациентов с ранее существовавшими нарушениями речи или нарушениями, которые влияют на двигательные функции, это может привести к более высокому баллу PELOD-2 даже в тех случаях, когда инвалидность пациента не связана с краткосрочным риском смерти. При таких обстоятельствах в PELOD-2 или аналогичные клинические инструменты должны быть внесены разумные изменения, чтобы гарантировать, что характеристики, связанные с инвалидностью, не связанные с краткосрочным риском смертности, не ухудшат оценку пациента.

Процесс сортировки пациентов, текущая сортировка, рассмотрение и апелляции является аналогичным процессу, который применяется для взрослых. После того, как пациент попадает в отделение интенсивной терапии, его следует регулярно (как и в случае со взрослыми) повторно оценивать на предмет постоянной потребности в лечении в отделении интенсивной терапии и/или любого развивающегося заболевания, которое может существенно повлиять на его балл при сортировке пациентов по приоритету оказания медицинской помощи.

Если пациенты детского возраста нуждаются в тех же ресурсах и у них тот же балл при сортировке пациентов по приоритету оказания медицинской помощи, то распределение должно происходить случайным образом с использованием действительного слепого инструмента.

Сокращения

COVID-19: Коронавирусное заболевание 2019 года

КСОМП: Кризисные стандарты оказания медицинской помощи

Отделение интенсивной терапии: Отделение интенсивной терапии

MGAP: Механизм, шкала комы Глазго, возраст и оценка артериального давления для прогнозирования смертности у пациентов с травмами

mSOFA: Модифицированный инструмент оценки последовательной органной недостаточности

NICHD-OT: Инструмент оценки исходов Национального института здоровья и развития детей в случае чрезвычайно ранних родов

ОНА: Управление здравоохранения штата Орегон

РСА: Специалист по уходу за пациентами

PELOD-2: Логистическая система оценки органной дисфункции в педиатрии, версия 2

POLST: Назначение врача для проведения жизнеобеспечивающего лечения

СИЗ: Средства индивидуальной защиты

REALD: Раса, этническая принадлежность, язык, сбор данных об инвалидности

SNAPPE-II: Шкала для оценки неонатальной острой физиологии (Score for Neonatal Acute Physiology, SNAP) и расширенная шкала SNAP

SOFA: Инструмент последовательной оценки органной недостаточности

Выражение признательности

ОНА выражает признательность штатам, чьи руководящие принципы КСОМП и инструменты сортировки были полезны для информирования о подходе, применяемом ОНА. Ссылки на руководства и инструменты приведены ниже:

Аризона: <https://www.azdhs.gov/covid19/documents/healthcare-providers-sdmac/covid-19-addendum.pdf>

Массачусетс: <https://www.centerforpublicrep.org/wp-content/uploads/crisis-standards-of-care-guidance-10-20-2020.pdf>.

Washington: <https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/Pubs/821-151-CSC-TT-guidebook.PDF>.

Доступность документа: для лиц с ограниченными возможностями или лиц, говорящих на другом языке, нежели английский, ОНА может предоставить информацию в альтернативных форматах, например, в переводе, крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Обращайтесь в информационный центр по борьбе с COVID-19 по номерам телефонов 1-971-673-2411, 711 ТТУ или по адресу электронной почты COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us