



Ngày 07 tháng 01 năm 2022

## Công cụ Chăm sóc Tạm thời Trong Thời gian Khủng hoảng của Oregon

### Nguyên tắc

Trong trường hợp xảy ra khủng hoảng y tế cộng đồng, nhu cầu chăm sóc y tế có thể cao hơn khả năng sẵn có đối với việc cung cấp dịch vụ chăm sóc cứu sống cho tất cả những người cần. Với sự gia tăng của biến chủng Omicron dự kiến sẽ tiếp tục khiến năng lực phục vụ của các bệnh viện bị quá tải, OHA phát hành công cụ chăm sóc tạm thời trong thời gian khủng hoảng này để các bệnh viện có thể sử dụng nhằm ưu tiên chăm sóc một cách công bằng khi cần đến giường chăm sóc đặc biệt, máy thở và các nguồn lực cứu sống khác hiện đang không có đủ.

OHA đã phát triển công cụ chăm sóc tạm thời trong thời gian khủng hoảng này dựa trên một số công cụ phân loại hiện có, ví dụ như các công cụ được ban hành bởi các tiểu bang Arizona, Massachusetts và Washington, và thực hiện các điều chỉnh theo [Các nguyên tắc thúc đẩy bình đẳng về sức khỏe trong các sự kiện hạn chế về nguồn lực](#) của Oregon.<sup>1</sup> Các nguyên tắc này bao gồm không phân biệt đối xử, công bằng sức khỏe, ra quyết định do bệnh nhân dẫn dắt và truyền thông minh bạch.

Các bệnh viện ở Oregon có thể bắt đầu áp dụng các tiêu chuẩn chăm sóc trong thời gian khủng hoảng nếu nguồn lực chăm sóc chính của họ bị hạn chế một cách nghiêm trọng, số lượng bệnh nhân cần chăm sóc cấp cứu vượt quá khả năng và không có lựa chọn để chuyển bệnh nhân đến các cơ sở chăm sóc cấp cứu khác.

Đối với các bệnh viện hiện có công cụ chăm sóc trong thời gian khủng hoảng hiện liên quan đến các nguồn lực chăm sóc tích cực khan hiếm, họ có thể tiếp tục sử dụng công cụ hiện có, miễn là nó phù hợp với các nguyên tắc được nêu trong [Các nguyên tắc thúc đẩy bình đẳng về sức khỏe trong các sự kiện hạn chế về nguồn lực](#) và không vi phạm luật chống phân biệt đối xử của tiểu bang hoặc liên bang, hoặc bất kỳ luật hiện hành nào khác.

Sự gia tăng của biến chủng Omicron không cho phép có thời gian cho sự tham gia của cộng đồng và bác sĩ lâm sàng một cách mạnh mẽ, toàn diện và đầy đủ để thiết lập một công cụ phân loại lâu dài hơn cho các bệnh viện của Oregon. OHA vẫn cam kết tiếp tục khẩn trương thực hiện đồng thời các công việc của chúng tôi để cùng tạo ra các công cụ mới để phân bổ nguồn lực khan hiếm với các đối tác cộng đồng và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của chúng tôi tại Oregon, đồng thời sẽ triệu tập Ủy ban Cố vấn Phân bổ Nguồn lực Oregon mới vào mùa đông này. Ủy ban này cũng sẽ thông báo về các sửa đổi đối với các nguyên tắc được ban hành năm 2020 của OHA và công cụ chăm sóc trong thời gian khủng hoảng tạm thời này, và hướng dẫn việc phát triển bất kỳ nguồn lực cần thiết bổ sung nào giúp nâng cao sự công bằng

<sup>1</sup> <https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/IV3513.pdf>

về sức khỏe trong các quá trình và quyết định khi các nguồn lực của hệ thống chăm sóc sức khỏe bị hạn chế.

Công cụ tạm thời này vẫn chưa phải là hoàn hảo và chưa giải quyết được hoàn toàn tình trạng bất bình đẳng về sức khỏe, ngay cả khi nó kết hợp tốt hơn các nguyên tắc không phân biệt đối xử, bình đẳng sức khỏe của Oregon vào các quyết định phân loại khó khăn.

Các rào cản trong hệ thống y tế đối với cộng đồng da màu, cộng đồng bộ tộc và người khuyết tật, cùng với các trải nghiệm bất bình đẳng về khả năng mắc các bệnh lý nền hoặc mãn tính có liên quan đến sự bất bình đẳng nghiêm trọng trong việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết và không thành kiến, nhà ở an toàn và được hỗ trợ, thực phẩm và dinh dưỡng đầy đủ và hơn thế nữa. Công việc trước mắt của Ủy ban Cố vấn Phân bổ Nguồn lực Oregon là phải chú ý cụ thể đến cách chúng ta cải thiện việc phân bổ công bằng các nguồn lực khan hiếm, đồng thời thừa nhận những bất bình đẳng cơ bản bắt đầu trước quá trình phân loại và ưu tiên vào thời điểm khủng hoảng.

## Các Khái niệm: Chăm sóc liên tục

Theo mô tả của Viện Y học vào năm 2013<sup>2</sup>, nhu cầu về khả năng tăng cường chăm sóc sức khỏe trong một thảm họa xảy ra liên tục dựa trên nhu cầu về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các nguồn lực sẵn có. Các ý tưởng này bao gồm:

- **Công suất thông thường.** Không gian, nhân viên và vật tư được sử dụng để cung cấp dịch vụ chăm sóc phù hợp với thực tiễn hàng ngày trong các bệnh viện. Các không gian và thực hành chăm sóc lâm sàng được sử dụng để ứng phó với đại dịch đủ để hỗ trợ chăm sóc lâm sàng tương đương với chăm sóc bệnh nhân thông thường.
- **Công suất dự phòng.** Không gian, nhân viên và vật tư được sử dụng không phù hợp với thực tiễn hàng ngày, nhưng hỗ trợ chăm sóc về mặt chức năng tương đương với thực hành chăm sóc bệnh nhân thông thường. Các thay đổi trong việc sử dụng không gian hoặc thực hành chăm sóc y tế có thể được sử dụng tạm thời hoặc trên cơ sở lâu dài hơn trong thời gian xảy ra đại dịch (khi nhu cầu của sự cố vượt quá nguồn lực của cộng đồng).
- **Công suất khi xảy ra khủng hoảng.** Kích hoạt công suất khi xảy ra khủng hoảng tạo thành một sự điều chỉnh đáng kể đối với các tiêu chuẩn chăm sóc. Tình trạng khủng hoảng xảy ra khi các nguồn lực chăm sóc cấp cứu bị hạn chế một cách nghiêm trọng, số lượng bệnh nhân cần chăm sóc cấp cứu vượt quá khả năng và không có lựa chọn để chuyển bệnh nhân đến các cơ sở chăm sóc cấp cứu khác.

## Các giả định

Trong trường hợp sắp xảy ra tình trạng thiếu nguồn lực, OHA sẽ làm việc với các bệnh viện của Oregon để nỗ lực tối đa hóa công suất của toàn bộ hệ thống chăm sóc sức khỏe để cung cấp dịch vụ chăm sóc cần thiết cho càng nhiều bệnh nhân càng tốt. Điều này sẽ đạt được thông qua các nỗ lực phối hợp để cân bằng số lượng bệnh nhân giữa các cơ sở và hướng các nguồn lực cấp cứu đến các khu vực bị ảnh hưởng nặng nề nhất. Cần có sự phối hợp giữa các

---

<sup>2</sup> Institute of Medicine 2013. *Crisis Standards of Care: A Toolkit for Indicators and Triggers*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/18338>.

đối tác ứng phó ở tất cả các cấp (cơ sở, địa phương, khu vực, tiểu bang và liên bang) để đáp ứng tốt nhất các nhu cầu về phẫu thuật y tế.

Các bệnh viện ở Oregon có thể bắt đầu áp dụng các tiêu chuẩn chăm sóc trong thời gian khủng hoảng nếu nguồn lực chăm sóc cấp cứu của họ bị hạn chế một cách nghiêm trọng, số lượng bệnh nhân cần chăm sóc cấp cứu vượt quá khả năng và không có lựa chọn để chuyển bệnh nhân đến các cơ sở chăm sóc cấp cứu khác.

Trước khi thực hiện các khuyến nghị phân loại trong tài liệu này, các giả định sau sẽ được đáp ứng:

- Mỗi bệnh viện sẽ thực hiện tất cả các bước có thể để mở rộng năng lực cung cấp các nguồn lực chăm sóc cấp cứu, bao gồm bằng cách (a) tích lũy nguồn cung cấp; (b) trì hoãn việc chăm sóc không khẩn cấp; (c) chuẩn bị sử dụng không gian, nhân viên và các nguồn lực khác thường không được sử dụng cho việc cung cấp dịch vụ chăm sóc cấp cứu để cung cấp dịch vụ chăm sóc cấp cứu.
- Mỗi bệnh viện sẽ phối hợp với OHA, các bệnh viện nguồn lực trong khu vực và các đối tác ứng phó khác của địa phương và tiểu bang và thông báo cho họ về tình hình hiện tại.
- Tiêu chuẩn chăm sóc khi xảy ra khủng hoảng (CSC) chỉ được kích hoạt trong các trường hợp bất thường khi các nguồn lực chăm sóc cấp cứu bị hạn chế một cách nghiêm trọng, số lượng bệnh nhân cần chăm sóc cấp cứu vượt quá khả năng và không có lựa chọn để chuyển bệnh nhân đến các cơ sở chăm sóc cấp cứu khác.

Khi một bệnh viện đã đáp ứng tất cả các giả định nói trên về nhu cầu CSC và tất cả các lựa chọn khác đã không còn, các bệnh viện có thể và nên kích hoạt một công cụ chăm sóc trong thời gian khủng hoảng để phân loại các nguồn lực chăm sóc cấp cứu. Các bệnh viện phải cho OHA biết rằng CSC đã được kích hoạt và phải đăng công khai rằng các công cụ dành cho thời gian khủng hoảng đang được sử dụng và cung cấp công cụ họ đang sử dụng theo yêu cầu.

Công chúng sẽ cần được tiếp cận với các thông tin cập nhật, chính xác và minh bạch về việc sử dụng CSC, và với bất kỳ hướng dẫn liên quan nào về cách họ có thể tìm kiếm sự chăm sóc tốt nhất trong thời gian xảy ra thảm họa.

Cần liên tục đánh giá nhu cầu sử dụng liên tục của công cụ chăm sóc trong thời gian khủng hoảng và việc phân loại phải được tạm dừng ngay lập tức khi các nguồn lực cấp cứu không còn khan hiếm.

## Hướng dẫn chăm sóc trong thời gian khủng hoảng: Giới thiệu

Nếu có đủ các nguồn lực, tất cả các bệnh nhân có khả năng được hưởng lợi từ các liệu pháp điều trị sẽ được cung cấp các liệu pháp. Nếu nguồn lực không đủ, tất cả bệnh nhân sẽ được đánh giá riêng theo bằng chứng y tế khách quan tốt nhất hiện có.

- Các quyết định về chăm sóc phải dựa trên khả năng sống sót cho đến khi xuất viện.
- Không ai bị từ chối chăm sóc dựa trên các định kiến, giả định về chất lượng cuộc sống của bất kỳ cá nhân nào, hoặc đánh giá về “giá trị” của một cá nhân dựa trên việc họ có hoặc không có khuyết tật.

Việc sử dụng các nguồn lực xã hội hoặc y tế trong quá khứ hoặc tương lai của một cá nhân không được phép là một yếu tố trong các quyết định chăm sóc. Các sửa đổi hợp lý phải được áp dụng khi phù hợp với bất kỳ tiêu chí chấm điểm xếp loại để tính đến những người có bệnh nền. Các sửa đổi hợp lý khác cần thiết để đảm bảo quyền tiếp cận điều trị bình đẳng cho bệnh nhân khuyết tật cũng có thể được yêu cầu.

Bất kể sự sẵn có của các nguồn lực, tất cả các bệnh nhân sẽ được đối xử với sự tôn trọng, quan tâm và lòng nhân ái. Các quyết định phân loại sẽ được đưa ra mà không cần quan tâm đến những cân nhắc không liên quan về mặt đạo đức hoặc khoa học như hoàn cảnh kinh tế xã hội, chủng tộc, dân tộc, bản dạng giới, khuynh hướng tình dục, nguồn gốc quốc gia, tình trạng nhập cư, tín ngưỡng, là người có con, khả năng chi trả, bảo hiểm, khuyết tật, là cựu chiến binh, thông tin di truyền, chất lượng cuộc sống theo nhìn nhận, cường độ/thời gian của nguồn lực, giá trị xã hội theo nhìn nhận, hoặc chỉ dựa trên tuổi tác.

Quyết định phân loại không được sử dụng tiêu chí loại trừ theo loại dựa trên bất kỳ yếu tố nào được liệt kê ở trên. Thay vào đó, nên xác định các quyết định bằng cách sử dụng đánh giá cá nhân dựa trên bằng chứng y tế khách quan tốt nhất. Là một phần của bất kỳ cuộc đánh giá nào, các sửa đổi hợp lý, các dịch vụ và hỗ trợ phụ trợ, và các dịch vụ thông dịch ngôn ngữ phải được cung cấp khi cần thiết để đảm bảo khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc y tế.

Nếu thời gian cho phép, các bệnh viện đã đạt đến mức công suất dự phòng hoặc công suất cho thời gian khủng hoảng và đối mặt với tình trạng thiếu nguồn lực (giường bệnh, giường cấp cứu (ICU), máy thở, máy lọc máu, v.v.) nên làm việc với các cơ sở khác để xem liệu các cơ sở đó có sẵn các nguồn lực này hay không. Nếu thời gian không cho phép và/hoặc các cơ sở khác thiếu các nguồn lực cấp cứu thì nên sử dụng các quy trình phân loại như được nêu trong tài liệu này.

## **Ưu tiên chăm sóc bệnh nhân**

Trước cũng như trong quá trình thực hiện CSC, cần cố gắng hết mức để xác định mục tiêu chăm sóc và ưu tiên điều trị của bệnh nhân. Cần phải biết liệu các biện pháp can thiệp tích cực như nhập viện, nhập khoa cấp cứu (ICU) hoặc thở máy có phù hợp với các mối ưu tiên của bệnh nhân hay không.

Đối với một bệnh nhân có khả năng ra quyết định, những lời từ chối đã được thông báo của cá nhân và những mong muốn được thông báo để được điều trị duy trì sự sống cần được tôn trọng trong phạm vi có thể khi đưa ra các quyết định theo nhóm. Không được chỉ đạo hoặc ép bệnh nhân và người nhà bệnh nhân đồng ý với việc rút, giữ lại hoặc ủng hộ việc chăm sóc duy trì sự sống. Cần hỏi tất cả các bệnh nhân nhập xem họ có chỉ dẫn trước về giấy tờ chăm sóc sức khỏe, y lệnh lưu động để điều trị duy trì sự sống (POLST) hay không<sup>3</sup>, mục tiêu chăm sóc của họ là gì và cần khuyến khích mạnh mẽ việc ủy quyền cho một người ra quyết định (ví dụ: đại diện chăm sóc sức khỏe hoặc giấy ủy quyền lâu dài cho việc chăm sóc sức khỏe) nếu trước đó chưa có.

Việc ra quyết định có hỗ trợ sẽ được sử dụng cho những bệnh nhân mà khả năng tự ra quyết định về sức khỏe của họ bị hạn chế hoặc thấp. Điều này sẽ cho phép bệnh nhân khuyết tật xác

---

<sup>3</sup> <https://oregonpolst.org>

định những người hỗ trợ để giúp họ hiểu, cân nhắc và trao đổi về các quyết định, cung cấp cho bệnh nhân khuyết tật công cụ để đưa ra quyết định của bản thân họ sau khi có đủ thông tin.<sup>4</sup>

Các nhà cung cấp dịch vụ phải cẩn thận để không gây áp lực cho bệnh nhân hoặc gia đình của họ đối với việc đưa ra quyết định lập kế hoạch chăm sóc trước do nhận thức về chất lượng cuộc sống hoặc giá trị tương đối cũng như không được yêu cầu bệnh nhân đồng ý với quyết định lập kế hoạch chăm sóc trước cụ thể mới tiếp tục được nhận các dịch vụ từ cơ sở. Nếu các tài liệu lập kế hoạch chăm sóc trước được cung cấp và có sẵn, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nên xác minh xem có đúng là các mục tiêu chăm sóc và ưu tiên điều trị của bệnh nhân vẫn giữ nguyên hay không. Các y lệnh và tài liệu lập kế hoạch chăm sóc trước nên được cập nhật nếu mong muốn điều trị của bệnh nhân đã thay đổi.

## Nhóm phân loại CSC

Bệnh viện nên phân công một nhóm phân loại CSC để thực hiện các quyết định phân bổ nguồn lực chăm sóc cấp cứu. Những người làm đại diện của nhóm phân loại không nên là người chăm sóc cho bệnh nhân được phân loại, trừ khi điều đó là không thể đối với năng lực nhân sự của bệnh viện. Nhân viên phân loại phải tránh việc xác định phân loại cho bệnh nhân mà họ đang điều trị, trừ khi không có lựa chọn nào khác. Khi có thể, chúng tôi khuyến nghị rằng nhóm phân loại CSC của bệnh viện bao gồm:

- Hai đến ba chuyên gia lâm sàng cao cấp có kinh nghiệm trong việc phân loại (ví dụ: chăm sóc cấp cứu, thuốc cấp cứu, phẫu thuật chấn thương, v.v.). Các nhân sự này nên bao gồm ít nhất một bác sĩ và một y tá. Các chuyên gia lâm sàng này nên là người đã được cấp phép và tham gia tích cực vào lĩnh vực của họ.
- Một chuyên gia về y đức có kinh nghiệm và được đào tạo như một nhà tư vấn đạo đức về chăm sóc sức khỏe.
- Một chuyên gia về đa dạng, công bằng và hòa nhập.
- Một trợ lý hành chính để ghi lại tất cả các quyết định của nhóm phân tích và lưu giữ các hồ sơ và tài liệu cần thiết.

Để giảm thiểu sự thiên vị ngầm một cách tốt nhất, ở mức độ lớn nhất có thể, mỗi bệnh viện nên có một nhóm quản lý phân loại và một bộ phận phân loại phản ánh đầy đủ sự đa dạng của đối tượng bệnh nhân mà bệnh viện phục vụ về nhân khẩu học như chủng tộc, dân tộc, khuyết tật, ngôn ngữ ưu tiên sử dụng, khuynh hướng tình dục và bản dạng giới. Cần cố gắng tối đa để tập hợp một nhóm phản ánh sự đa dạng của cộng đồng và dân số mà bệnh viện phục vụ. Sự đa dạng giữa các quản lý phân loại nhằm thúc đẩy sự công bằng về sức khỏe và giảm thiểu việc duy trì sự chênh lệch về sức khỏe trong phân bổ nguồn lực.

Các thành viên của nhóm phân loại của bệnh viện với trách nhiệm xác định phân bổ các nguồn lực khan hiếm cũng phải được đào tạo về thành kiến ngầm và chống phân biệt chủng tộc. Nếu nhân viên chưa được đào tạo về vấn đề này thì phải cố gắng đào tạo càng sớm càng tốt.

---

<sup>4</sup> SB 1606/OAR 333-505-0033

## Quy trình khảo sát để phân bổ nguồn lực chăm sóc cấp cứu

Khi CSC được thực hiện, các nhà cung cấp sẽ chỉ định các điểm ưu tiên phân loại cho tất cả các bệnh nhân cần mức độ chăm sóc ICU (ví dụ: bệnh nhân bị hạ huyết áp, cần hỗ trợ thở máy, các nhu cầu khác ở mức ICU). Các quy trình phân loại này nên được áp dụng cho tất cả các cá nhân, bao gồm cả bệnh nhân mắc và không mắc COVID-19, bất kể tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc các yếu tố ngoại lai khác. Tất cả các cá nhân nên được bao gồm và đánh giá trong cùng một nhóm các cá nhân cần điều trị trong các cơ sở chăm sóc cấp cứu.

- Đánh giá phải được cá nhân hóa cho từng bệnh nhân dựa trên các bằng chứng y tế khách quan, liên quan và tốt nhất. Khi xem xét tiên lượng, việc cân nhắc liên quan liên quan đến đợt cấp tính và sự phục hồi của bệnh nhân và không nên bao gồm các cân nhắc về khả năng sống sót lâu dài của bệnh nhân hoặc cường độ /thời gian cần thiết của nguồn lực.
- Trong một số trường hợp hiếm hoi, khi các bảng tham chiếu được cung cấp có thể không nắm được yếu tố quan trọng trong việc xác định tiên lượng, các nhà cung cấp dịch vụ có thể xem xét các yếu tố phụ trong trường hợp phân loại (điểm số) bằng nhau hoặc không thể xác định được do thiếu dữ liệu lâm sàng.
- Sau khi trình bày thông tin lâm sàng liên quan chỉ phù hợp với tiêu chí phân loại, các nhà cung cấp dịch vụ điều trị sẽ được sử dụng lại và (các) nhân viên phân loại sẽ đưa ra quyết định phân loại liên quan đến việc phân bổ các nguồn lực khan hiếm; ví dụ, bắt đầu, tiếp tục hoặc rút một nguồn lực khan hiếm cụ thể. Các nhà cung cấp dịch vụ điều trị sẽ không đưa ra quyết định giữ lại hoặc rút lại các biện pháp can thiệp duy trì sự sống trong các tình huống CSC, với điều kiện có sẵn một nhân viên phân loại độc lập hoặc nhà tư vấn đạo đức hoặc trừ khi được phép theo Đạo luật sửa đổi Oregon (ORS) 127.635.
- Các nhà cung cấp dịch vụ điều trị có thể đưa ra quyết định giữ lại hoặc rút lại việc duy trì sự sống dựa trên mục tiêu của các cuộc trò chuyện chăm sóc thông qua việc ra quyết định chung với bệnh nhân/gia đình. Điều này phù hợp với thực tế thông thường.

### Điểm ưu tiên về phân loại

Điểm ưu tiên phân loại được tính cho người lớn bằng cách sử dụng hệ thống điểm dựa trên điểm SOFA hoặc mSOFA để đánh giá khả năng sống sót đến khi xuất viện được xác định dựa trên bằng chứng y tế khách quan tốt nhất hiện có. Các sửa đổi phải được thực hiện đối với những người bị bệnh thận mãn tính như được nêu dưới đây.

Đối với bệnh nhi, nên sử dụng công cụ tiên lượng phù hợp với lứa tuổi (ví dụ: PELOD-2 cho trẻ em, SNAPPE-II cho trẻ sơ sinh đủ tháng và NICHD-OT cho trẻ sinh non). Xem phần cân nhắc về nhi khoa bên dưới.

Các sửa đổi hợp lý cũng phải được thực hiện đối với bất kỳ công cụ đánh giá nào khi cần thiết để đảm bảo rằng điểm ưu tiên phân loại cuối cùng là chính xác để sử dụng cho bệnh nhân bị khuyết tật cơ bản và các đặc điểm liên quan đến khuyết tật không liên quan đến nguy cơ tử vong ngắn hạn không làm xấu điểm số của bệnh nhân. Việc sử dụng phiếu chấm điểm dành riêng cho trẻ em, ví dụ như PELOD-2, có thể là một sửa đổi hợp lý cho bệnh nhân khuyết tật (ví dụ: điếc, hạn chế về nhận thức hoặc khả năng vận động).

Tất cả bệnh nhân sẽ đủ điều kiện được nhận giường và dịch vụ chăm sóc cấp cứu bất kể điểm ưu tiên phân loại là bao nhiêu, nhưng các nguồn lực chăm sóc cấp cứu sẵn có sẽ được phân bổ

theo điểm ưu tiên, do đó sự sẵn có của các dịch vụ này sẽ quyết định bao nhiêu bệnh nhân sẽ được chăm sóc cấp cứu.

### Các bước để tính điểm ưu tiên phân loại

**Bước 1:** Xác định tiên lượng sống tại bệnh viện:

- a. Đánh giá mức độ rối loạn chức năng các cơ quan của cơ thể được đo hoặc thông báo bằng SOFA, mSOFA (Bảng A) hoặc công cụ tiên lượng phù hợp với lứa tuổi (ví dụ: PELOD-2 cho trẻ em, SNAPPE-II cho trẻ sơ sinh đủ tháng và NICHD-OT cho trẻ sinh non). Cũng có thể xem xét các công cụ đã được xác nhận khác cho các trường hợp đặc biệt, ví dụ, MGAP cho bệnh nhân chấn thương.
- b. Điều chỉnh điểm mSOFA hoặc SOFA cho bệnh nhân bị bệnh thận mãn tính (xem bên dưới).
- c. Đánh giá nhu cầu sửa đổi hợp lý đối với những cá nhân có khuyết tật cơ bản (xem bên dưới).

**Bước 2:** Chỉ định điểm ưu tiên phân loại dựa trên tiên lượng sống sót trong bệnh viện:

- d. Áp dụng điểm ưu tiên phân loại theo Bảng **B** và bằng chứng y tế khách quan tốt nhất hiện có.
  - a. **TẠM NGỪNG** và xem xét việc cho điểm về tính nhất quán về mặt lâm sàng và những sai lệch tiềm ẩn; khuyến khích sự tham gia của nhóm nghiên cứu đa ngành trong quá trình đánh giá này.
  - b. Nếu một số thông tin thường được sử dụng để xác định tiên lượng sống sót trong bệnh viện không có sẵn ngay thì cần phải có đánh giá lâm sàng và/hoặc các sửa đổi hợp lý đối với các công cụ đánh giá.
  - c. Xem xét các dấu hiệu lâm sàng cho thấy bệnh nhân sắp chết
  - d. Nếu điểm ưu tiên phân loại dựa trên các công cụ tiên lượng như mSOFA/SOFA không nhất quán về mặt lâm sàng, hãy điều chỉnh điểm nếu cần, với ý kiến đóng góp từ nhóm phân loại đa ngành, đồng thời lưu ý đến các thành kiến tiềm ẩn.

**Bước 3.** Xác nhận và thông báo điểm ưu tiên phân loại. Bệnh nhân có điểm thấp nhất sẽ được ưu tiên cao nhất để nhận các nguồn chăm sóc cấp cứu

**Bước 4:** Nếu một bệnh nhân đáp ứng các tiêu chí nhập khoa ICU nhưng nhận được ưu tiên thấp hơn cho các nguồn chăm sóc cấp cứu khan hiếm, bệnh nhân sẽ được đưa vào danh sách chờ của ICU và được nhận vào tầng để được chăm sóc liên tục. Khi các nguồn lực sẵn có, tình trạng lâm sàng của họ sẽ được đánh giá lại, và họ sẽ được phân loại lại dựa trên các tiêu chí được nêu ở các Bước 1–3.

Xem Sơ đồ 1 để minh họa cách tính toán CSC.

**Bảng A. Công cụ đánh giá suy tạng tuần tự sửa đổi (mSOFA)**

Hệ thống tạng	0	1	2	3	4
SpO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> hô hấp	>400	≤400	≤315	≤235	≤150
Gan	Không bị vàng da cứng mạc hoặc vàng da			Bị vàng da cứng mạc hoặc vàng da	
Tim mạch, hạ huyết áp	Không hạ huyết áp	MAP <70 mm Hg	dopamine ≤5 hoặc dobutamine bất kỳ liều nào	dopamine >5 epinephrine ≤0.1 norepinephrine ≤0.1	dopamine >15 epinephrine >0.1 norepinephrine >0.1
CNS, Điểm hôn mê Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	<6
Thận, Creatinin mg/dL	<1.2	1.2-1.9	2.0-3.4	3.5-4.9	>5.0

**Bảng B. Tiên lượng sống sót tại bệnh viện sử dụng điểm mSOFA**

Điểm				
1	2	3	4	5
mSOFA <6 hoặc >80% tiên lượng sống sót	mSOFA 6-9 hoặc 60-80% tiên lượng sống sót	mSOFA 10-12 hoặc 40-60% tiên lượng sống sót	mSOFA >12 hoặc 20-40% tiên lượng sống sót	hấp hối hoặc <20% tiên lượng sống sót

**Bệnh nhân có điểm thấp nhất sẽ được ưu tiên cao nhất để nhận các nguồn chăm sóc cấp cứu**

#### **Điều chỉnh SOFA/mSOFA cho bệnh nhân bị bệnh thận mãn tính.**

Việc sử dụng cách tính điểm SOFA/mSOFA có khả năng làm gia tăng sự bất bình đẳng về sức khỏe theo cơ cấu hiện có.<sup>5</sup> Ví dụ: việc sử dụng tính điểm SOFA/mSOFA sẽ có tác động tiêu cực một cách không tương xứng đối với bệnh nhân mắc bệnh thận mãn tính là người da màu, vốn phải chịu tác động của COVID-19 nhiều hơn. Trong nỗ lực giảm thiểu tác động này, **bất kỳ bệnh nhân nào được biết là mắc bệnh thận mãn tính sẽ được chỉ định không quá 2 điểm trong điểm SOFA hoặc mSOFA đối với tăng creatinine.**

#### **Điều chỉnh hợp lý với việc sử dụng SOFA/mSOFA ở bệnh nhân khuyết tật.**

<sup>5</sup> 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



Thang điểm hôn mê Glasgow, một công cụ để đo mức độ nghiêm trọng của chấn thương não cấp tính trong SOFA/mSOFA, thêm điểm vào điểm SOFA/mSOFA khi bệnh nhân không thể phát âm các từ dễ hiểu, ngay cả khi tình trạng này là do khuyết tật nói từ trước hoặc thở máy mãn tính. Những người khuyết tật trải qua mức độ suy giảm cơ bản trước đợt chăm sóc cấp tính cần được cung cấp các điều kiện hợp lý trong quá trình tính điểm để không làm tăng điểm SOFA/mSOFA cho các mục đích của quy trình này trừ khi các điều kiện đó được cho là ảnh hưởng trực tiếp và cơ bản đến khả năng sống sót của một bệnh nhân mắc bệnh cấp tính.

Ngoài ra, bệnh nhân bị khuyết tật giao tiếp và/hoặc trình độ Anh ngữ hạn chế phải được cung cấp đầy đủ quyền tiếp cận các dịch vụ thông dịch viên chăm sóc sức khỏe đủ tiêu chuẩn và được chứng nhận, và nếu được chỉ định, công nghệ hỗ trợ hoặc các phương tiện hợp lý khác để hoàn thành đánh giá một cách thích hợp và khách quan. Đối với một số bệnh nhân bị khuyết tật giao tiếp đáng kể, bệnh viện phải đảm bảo rằng (những) người hỗ trợ được xác định của họ hoặc các thành viên khác của nhóm chăm sóc bệnh nhân (ví dụ: thành viên gia đình hoặc PCA cá nhân) có mặt tại giường bệnh với khóa đào tạo an toàn và trang bị bảo hộ (PPE) thích hợp, như theo yêu cầu của pháp luật Oregon.

### **Đánh giá cá nhân**

Mặc dù các hệ thống tính điểm sinh lý như SOFA và mSOFA được thiết kế để dự đoán kết quả cho một số nhóm nhất định, mỗi quyết định cho điểm phải dựa trên đánh giá cá nhân về bản chất và mức độ nghiêm trọng của bệnh cấp tính hoặc chấn thương bao gồm tiền sử bệnh lý, khám sức khỏe và sử dụng phụ trợ thích hợp các nghiên cứu và tư vấn lâm sàng không bao gồm việc tự động loại trừ bệnh nhân có tình trạng sức khỏe ổn định nhưng mãn tính.

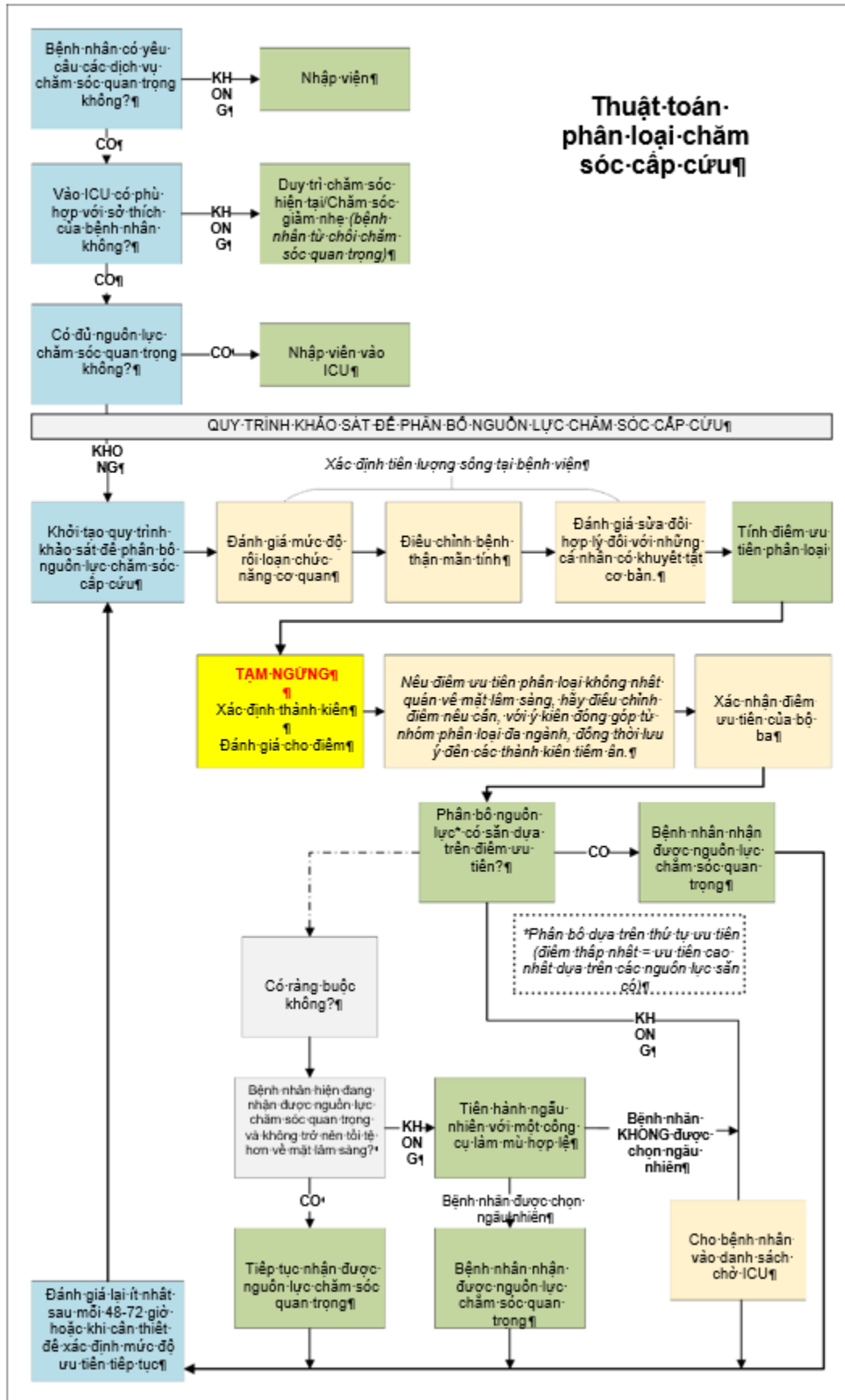
Trước khi tiếp tục quy trình phân loại này, điều quan trọng cần biết là có một số người có khả năng tử vong ngay lập tức hoặc gần như ngay lập tức mặc dù được điều trị cấp cứu, như vậy trong quá trình chăm sóc thông thường, bác sĩ lâm sàng không cung cấp các dịch vụ chăm sóc cấp cứu (ví dụ như chảy máu nội sọ lớn không thể can thiệp phẫu thuật, sốc khó chữa dù đã được điều trị). Trong trường hợp khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng, các chuyên gia lâm sàng vẫn phải đưa ra những đánh giá tương tự về sự phù hợp về y tế của các dịch vụ chăm sóc cấp cứu bằng cách sử dụng các tiêu chí mà họ sử dụng trong quá trình chăm sóc thông thường.

### **Lưu ý đối với bệnh nhân thở máy mãn tính**

Khi một bệnh nhân thở máy mãn tính với máy thở riêng của họ (không phải của bệnh viện) được nhập viện, họ sẽ tiếp tục được thở bằng máy thở đó được coi là tài sản cá nhân của họ. Trong khi được thở bằng máy thở cá nhân của mình, bệnh nhân sẽ được miễn quá trình phân loại khi máy thở là nguồn lực khan hiếm đòi hỏi phân loại. Trong mọi trường hợp, máy thở cá nhân của bệnh nhân sẽ không được “phân bổ lại” cho một bệnh nhân khác. Điều này cũng đúng với các thiết bị y tế lâu bền khác mà bệnh nhân đang sử dụng không thuộc sở hữu của bệnh viện.

Tuy nhiên, nếu tình trạng hô hấp của bệnh nhân thở máy mãn tính thay đổi và họ cần được thở bằng máy thở mới do bệnh viện cung cấp, bệnh nhân sẽ được đưa vào để đánh giá và phân bổ nguồn lực nếu áp dụng phác đồ phân loại cho CSC. Nếu việc này xảy ra, máy thở cá nhân của bệnh nhân đó vẫn là tài sản cá nhân và sẽ không bị phân bổ lại một cách không tự nguyện.

# Sơ đồ 1. Thuật toán phân loại chăm sóc cấp cứu



## Quy trình giải quyết ưu tiên bằng nhau (mang tính quyết định)

Khi bệnh nhân đã được phân loại theo điểm ưu tiên phân loại, một tình huống vẫn có thể phát sinh khi hai hoặc nhiều bệnh nhân có cùng điểm ưu tiên phân loại trong khi nguồn lực lại hạn chế.

Nếu một trong những bệnh nhân có điểm ưu tiên phân loại bằng nhau đã nhận được nguồn lực thì nguồn lực đó sẽ ở lại với bệnh nhân miễn là tình trạng của bệnh nhân không trở nên xấu hơn về mặt lâm sàng.

Trong các trường hợp khác của ràng buộc ưu tiên cuối cùng cho cùng một nguồn lực khan hiếm, việc phân bổ phải được tiến hành một cách ngẫu nhiên bằng cách sử dụng một công cụ hợp lệ dạng mù.

Lưu ý: OHA biết rằng các tiểu bang khác và một số bệnh viện ở Oregon xem xét các yếu tố bổ sung trong các tình huống phân loại hoặc mang tính quyết định, bao gồm nhưng không giới hạn ở tình trạng mang thai và Chỉ số ADI (Chỉ số điều kiện kinh tế xã hội của khu vực có tác động đến kết quả sức khỏe) của bệnh nhân.<sup>6</sup> OHA đã chọn không khuyến nghị cụ thể những yếu tố này cho đến khi chúng có thể được thảo luận thêm trong một quy trình toàn diện hơn như một phần của các cuộc thảo luận của Ủy ban Cố vấn Phân bổ Nguồn lực Oregon.

Các quyết định điều trị không nên bao gồm việc xem xét khả năng sống sót lâu dài, đánh giá chất lượng cuộc sống, việc sử dụng các nguồn lực y tế hoặc xã hội trong quá khứ hoặc tương lai, cường độ nguồn lực hoặc thời gian cần nguồn lực.

### Tiếp tục phân loại

Điểm ưu tiên phân loại phải được thường xuyên tính toán lại (ít nhất 48-72 giờ một lần). Việc này không có nghĩa là dịch vụ chăm sóc bệnh nhân nhất thiết sẽ thay đổi; nó cho phép các bác sĩ điều trị và người phân loại nhận thức được tình trạng của từng bệnh nhân và nhận thức của Ban chỉ huy sự cố của bệnh viện về các nguồn lực địa phương trong mối quan hệ với nhu cầu.

1. Nếu một bệnh nhân nhận được các nguồn lực khan hiếm có tình trạng bệnh có thể ảnh hưởng đáng kể đến điểm ưu tiên phân loại của họ thì bệnh nhân đó có thể được xác định lại mức độ ưu tiên phân loại.
2. Một bệnh nhân sẽ không được điều chỉnh điểm ưu tiên phân loại xuống thấp hơn nếu chỉ vì họ tiếp tục yêu cầu một nguồn lực khan hiếm như máy thở. Khi diễn biến lâm sàng không xấu đi hơn một cách đáng kể (ví dụ, phát triển biến chứng nghiêm trọng) và bác sĩ chăm sóc cảm thấy việc tiếp tục sử dụng nguồn lực khan hiếm là cần thiết về mặt y tế, nguồn lực đó sẽ vẫn giữ nguyên. Bác sĩ chăm sóc không thể bác bỏ việc phân loại của nhân viên phân loại. Thông tin lâm sàng mới về mức COVID-19 cho thấy một số bệnh nhân cần máy thở trong thời gian kéo dài; thông tin mới có thể thay đổi phương pháp điều trị hoặc phương pháp điều trị hiện tại đối với căn bệnh lây nhiễm mới và chưa được đặc trưng hoàn toàn này. Tài liệu này không nhằm can thiệp vào nhu cầu đó hoặc đánh giá lâm sàng liên quan đến việc điều trị đang diễn ra.

---

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

3. Theo định kỳ, các ca bệnh phải được xem xét một cách có hệ thống bởi một nhân viên hoặc nhóm phụ trách không phải là những người đưa ra quyết định ban đầu để đảm bảo tính nhất quán, công bằng và tuân thủ quy trình.

### **Yêu cầu đánh giá lại các ca bệnh**

Bất kỳ chuyên gia lâm sàng nào, tự mình hoặc theo yêu cầu của bệnh nhân, gia đình hoặc đại diện bệnh nhân, đều có thể đưa ra yêu cầu bệnh nhân đánh giá lại việc xác định mức độ ưu tiên phân loại CSC. Các yêu cầu nên được giới hạn trong các mối lo ngại về việc liệu điểm ưu tiên phân loại của một bệnh nhân có chính xác hay không. Yêu cầu đánh giá lại phải được gửi bằng văn bản.

Một hoặc các nhân viên phân loại được chỉ định không liên quan đến quyết định ban đầu hoặc một nhóm kiểm tra riêng biệt nên được chỉ định để xem xét vụ việc. Tùy thuộc vào mức độ khẩn cấp của sự kiện y tế (tức là không có thông báo so với kéo dài), cần hiểu rằng quá trình này là có thể được hồi cứu. Tuy nhiên, nếu sự kiện kéo dài hơn và kết quả điều trị của bệnh nhân có thể bị ảnh hưởng thì các quy trình cần được thực hiện để cho phép đưa ra quyết định đủ nhanh.

Quyết định cuối cùng đối với bất kỳ yêu cầu đánh giá lại một ca bệnh cụ thể nào đều phải được lập thành văn bản, ghi ngày tháng và thời gian, và bao gồm tất cả các tài liệu chứng minh.

### **Thu thập dữ liệu**

Để đánh giá hồi cứu về khả năng quy trình ưu tiên phân loại này có thể làm trầm trọng thêm sự bất bình đẳng về y tế và để thông báo về các cập nhật trong tương lai, bệnh viện phải thu thập dữ liệu sau đối với bất kỳ bệnh nhân nào đang được xem xét và phân loại để phân bổ nguồn lực khan hiếm. Lưu ý rằng không nên chia sẻ dữ liệu nhân khẩu học với nhóm phân loại để tránh bất kỳ sai lệch nào có thể xảy ra trong quá trình ra quyết định phân bổ nguồn lực. Nên thu thập riêng dữ liệu này thông qua các quy trình quản trị.

Việc thu thập dữ liệu cần bao gồm:

- Mã số hồ sơ bệnh án của bệnh nhân
- Tên và địa chỉ bệnh viện
- Ngày sinh
- Xu hướng tình dục và bản dạng giới của bệnh nhân, nếu biết
- Dữ liệu về chủng tộc, dân tộc, ngôn ngữ và tình trạng khuyết tật của bệnh nhân (phù hợp với yêu cầu REALD<sup>7</sup>)
- Tại thời điểm đến bệnh viện, bệnh nhân có đang sử dụng máy thở cá nhân hay các thiết bị hoặc nguồn lực điều trị y tế cá nhân khác hay không.
- Địa chỉ nhà riêng, không nhà cửa hoặc không xác định

---

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

- Ưu tiên chăm sóc của bệnh nhân, như được ghi trong chỉ dẫn trước, y lệnh để điều trị duy trì sự sống (POLST), hoặc được thông báo bởi đại diện chăm sóc sức khỏe, người hỗ trợ hoặc thành viên gia đình.
- Ưu tiên phân loại và kết quả lâm sàng

### **Giao tiếp minh bạch**

Sự minh bạch, truyền thông rõ ràng và hiệu quả cho công chúng và bệnh nhân luôn là điều quan trọng nhưng đặc biệt là trong thời kỳ khủng hoảng y tế cộng đồng. Tiếp cận với thông tin chăm sóc y tế cần thiết là cứu mạng sống và mọi người không bị thiệt thòi trong việc nhận thông tin y tế kịp thời và dễ hiểu do ngôn ngữ, văn hóa hoặc khả năng tiếp cận công nghệ và các hỗ trợ khác.

Sự minh bạch đòi hỏi công chúng phải được thông báo khi các tiêu chuẩn chăm sóc khủng hoảng được đi vào hoạt động. Công chúng cần có thông tin cập nhật và minh bạch về các kế hoạch chăm sóc khủng hoảng của hệ thống y tế, bao gồm cả cách thức các nguồn lực sẽ được phân bổ khác với các tiêu chuẩn chăm sóc thông thường và khi CSC đã đi vào hoạt động.

Trong một hệ thống chăm sóc y tế, việc trao đổi thông tin minh bạch và kịp thời với tất cả bệnh nhân hoặc người ra quyết định được ủy quyền của họ nên được thực hiện khi bệnh viện gặp phải những hạn chế về nguồn lực, bao gồm bản chất của những ràng buộc và cách thức đưa ra quyết định phân bổ nguồn lực. Bất kỳ quyết định nào liên quan đến việc phân bổ nguồn lực (ví dụ, đủ điều kiện cho máy thở hoặc cấp độ chăm sóc của đơn vị chăm sóc đặc biệt) phải được thông báo rõ ràng với bệnh nhân hoặc người ra quyết định được ủy quyền của họ và được lập thành văn bản. Các bệnh viện nên cung cấp cho tất cả bệnh nhân thông tin về cách liên hệ với điều phối viên của Đạo luật về Người Mỹ Khuyết tật (ADA) của bệnh viện hoặc người đại diện của bệnh nhân.

Mọi thông tin liên lạc trong trường hợp khẩn cấp về y tế cộng đồng phải được cung cấp theo cách đáp ứng về mặt văn hóa và ngôn ngữ có thể tiếp cận được và đáp ứng nhu cầu của các cá nhân bị khuyết tật về trí tuệ, chậm phát triển hoặc các tình trạng khuyết tật khác. Điều này có thể bao gồm, nhưng không giới hạn ở việc: cung cấp thông tin liên lạc hiệu quả bằng cách sử dụng thông dịch viên đủ điều kiện, cung cấp thông báo khẩn cấp bằng ngôn ngữ đơn giản và ngôn ngữ phổ biến, sử dụng nhiều định dạng như âm thanh, bản in lớn và phụ đề, cung cấp quyền truy cập cho những người hỗ trợ được lựa chọn bởi bệnh nhân có thể giúp đảm bảo giao tiếp hiệu quả và đảm bảo các trang web cung cấp thông tin khẩn cấp có thể truy cập được cho người khuyết tật theo yêu cầu của luật dân quyền liên bang.

### **Cân nhắc về nhi khoa**

Ưu tiên các nguồn lực khan hiếm cho bệnh nhi là một quá trình tương tự như ưu tiên cho người lớn. Nhóm phân loại nên bao gồm các chuyên gia lâm sàng có chuyên môn về chăm sóc trẻ em kết hợp với đạo đức lâm sàng.

Một sửa đổi hợp lý của PELOD-2 hoặc các dụng cụ lâm sàng dành cho trẻ em tương tự có thể là điều chỉnh cần thiết cho bệnh nhi khuyết tật. Đối với những bệnh nhân có khuyết tật nói từ trước hoặc khuyết tật ảnh hưởng đến vận động, điều này có thể dẫn đến điểm PELOD-2 cao hơn ngay cả trong trường hợp tình trạng khuyết tật của bệnh nhân không liên quan đến nguy cơ tử vong ngắn hạn. Trong các trường hợp đó, các sửa đổi hợp lý đối với PELOD-2 hoặc các dụng cụ lâm sàng tương tự phải được thực hiện đối với các công cụ đó để đảm bảo rằng các

đặc điểm liên quan đến khuyết tật không liên quan đến nguy cơ tử vong ngắn hạn không làm xấu đi điểm số của bệnh nhân.

Quá trình phân loại, phân loại liên tục, xem xét và kiến nghị cũng tương tự như đối với người lớn. Khi một bệnh nhân đã ở trong ICU, họ nên được đánh giá lại thường xuyên (như người lớn) về nhu cầu tiếp tục được chăm sóc ICU và/hoặc bất kỳ tình trạng nào phát triển có thể ảnh hưởng đáng kể đến điểm ưu tiên phân loại của họ.

Nếu có nhiều bệnh nhi cần cùng một nguồn lực và có cùng điểm ưu tiên phân loại thì việc phân bổ nên được tiến hành ngẫu nhiên bằng cách sử dụng một công cụ hợp lệ, được làm mù.

## **Các chữ viết tắt**

COVID-19: Bệnh Coronavirus 2019

CSC: Các Tiêu chuẩn Chăm sóc Trong Thời gian Khủng hoảng

ICU: Khoa Cấp cứu, Khoa Chăm sóc Tích cực

MGAP: Cơ chế, Thang điểm Hôn mê Glasgow, tuổi và điểm phân loại áp lực động mạch để dự đoán tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân chấn thương

mSOFA: Công cụ Đánh giá Suy tạng Tuần tự Sửa đổi

NICHD-OT: Công cụ Kết quả Phát triển và Sức khỏe Trẻ em Quốc gia về các ca sinh quá non

OHA: Cơ quan Y tế Oregon

PCA: Trợ lý chăm sóc bệnh nhân

PELOD-2: Pediatric Logistic Organ Dysfunction, Phiên bản 2

POLST: Y lệnh để điều trị duy trì sự sống

PPE: Trang bị bảo hộ cá nhân

REALD: Thu thập dữ liệu chủng tộc, dân tộc, ngôn ngữ, khuyết tật

SNAPPE-II: Điểm cho Sinh lý Cấp tính Sơ sinh và Kéo dài Chu kỳ SNAP

SOFA: Công cụ Đánh giá Suy tạng Tuần tự

## Lời cảm ơn

OHA xin cảm ơn các tiểu bang đã có hướng dẫn CSC và các công cụ phân loại hữu ích trong việc cung cấp thông tin cho cách tiếp cận của OHA. Dưới đây là các liên kết đến các nguyên tắc và công cụ:

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

**Massachusetts:** <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>.

**Khả năng tiếp cận tài liệu:** Đối với những người bị khuyết tật hoặc người không nói được tiếng Anh, OHA có thể cung cấp thông tin theo các định dạng khác, chẳng hạn như bản dịch, bản in chữ lớn hay chữ nổi. Liên hệ với COVID-19 Communications Unit (Đơn vị truyền thông về COVID-19) theo số 1-971-673-2411, 711 TTY hoặc [COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us](mailto:COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us)